22500027066

Anales del Círculo Médico Argentino

PUBLICACION MENSUAL

DIRECTOR REDACTOR: **SAMUEL GACHE**

Ex-Presidente del Círculo Médico Argentino; Laureado en los concursos de 1879 y 1881; Miembro de la Société Française d'Higiène de Paris.

Redactores-colaboradores

ABERASTURY MAXIMILIANO—Interno del Hospital de Clínicas.
CASTRO ALEJANDRO—Sub-Director del Laboratorio de vacuna anti-rábica.
DECOUD DIÓGENES—Interno del Hospital de Clínicas; Profesor del Colegio Nacional.
FERNANDEZ JUAN R.—Ex-interno de la maternidad, Profesor Sustituto de Obstetricia.
JUSTO JUAN B.—Cirujano del Hospital de Crónicos.
LEDESMA JUSTINIANO—Profesor de Materia Médica y de Terapéutica.
PEREZ FERNANDO—De la Facultad de Paris; Director de los trabajos de Laringología en el Hospital de Clínicas
RAMOS MEJÍA J. M.—Profesor de enfermedades nerviosas, Diputado al Congreso Nacional.
SEÑORANS JUAN B.—Profesor sustituto de Medicina Legal y Toxicología.
UDAONDO GUILLERMO—Profesor de Patología Externa.

TOMO XIII

CONDICIONES DE SUSCRICION

		Por mes	Por 7 meses	Por año
EN LA CAPITAL	$ M/N	0.70	4.00	7.00
EN LAS PROVINCIAS Y EXTERIOR..	» »	0.80	5.00	8.00

Las suscriciones fuera de la Capital se pagarán por semestre ó por año adelantado

Cada número de LOS ANALES valdrá para los socios 0,50 cts.

Se ruega á los señores sócios y suscritores que no reciban la publicacion, se sirvan dar aviso á la

DIRECCION: Calle General Lavalle, nº 1761, (Buenos Aires)

653

BUENOS AIRES

Establecimiento tipográfico EL CENSOR, Corrientes 829

1890

313593

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll.	
No.	

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—N° 1

BIBLIOTECA
N° 5

Anales del Círculo Médico Argentino

ENERO DE 1890

NUEVA REDACCION

El Círculo Médico Argentino me hace por segunda vez el honor de confiarme la redaccion de *Los Anales*. Para corresponder á esta distincion no tengo que decir que ejercitaré los medios á mi alcance, por ser de todos conocida mi dedicacion al progreso de la Sociedad.

Séame permitido, sin embargo, una confesion: la época no es propicia para empresas científicas, y falta, además, el estímulo, la emulacion del trabajo por el trabajo mismo. Aquí se vive muy de prisa; se espera que todo venga hecho de Europa; se descuidan los estudios de gabinete y las observaciones bien dirijidas, y de esto resulta que las publicaciones médicas nacionales no satisfacen las exigencias de la actualidad.

Esta perspectiva no me intimida, y pienso que se conseguirá modificarla en provecho de todos.

Favorecido por esta creencia he aceptado la tarea que se me ofrece, confiado en la eleccion de un cuerpo de colaboradores, cuya ilustracion y laboriosidad son promesas seguras de éxito. He nombrado á los doctores Maximiliano Aberastury, Alejandro Castro, Diógenes Decoud, Juan R. Fernandez, Juan B. Justo, Justiniano Ledesma, Fernando Perez, José Maria Ramos Mejia, Juan B. Señorans y Guillermo Udaondo, para que, en el expresado carácter, presten al periódico el valioso concurso de su inteligencia y buena voluntad.

Los Anales del Círculo Médico Argentino tienen una importante mision que llenar en la prensa de este país, no solo por ser órgano de la mas antigua institucion médica que existe en la República, sinó tambien para responder á una justa aspiracion nacida en el

pasado y que repercute en el presente con vibraciones simpáticas que el tiempo mas y mas acrecienta.

Satisfacer esos elevados sentimientos, haciendo que la hoja periódica del Círculo Médico lleve en sí la palpitacion del progreso científico argentino, y encarne el gérmen de transformaciones saludables, será el móvil del esfuerzo y del empeño que pondré al servicio de *Los Anales*.

SAMUEL GACHE.

Buenos Aires, 1º Enero 1890.

HIGIENE PÚBLICA

EL FILTRO MEDINA

POR SAMUEL GACHE

Obtener agua completamente libre de micro-organismos, es una cuestion trascendental que ha preocupado la atencion de las administraciones y de las mas famosas corporaciones científicas, como que va en ella envuelto el problema de la salud pública.

Las investigaciones modernas, despejando incognitas que han hecho en otro tiempo el azote de la humanidad, han demostrado que son las corrientes de agua el medio propagador de muchas enfermedades microbianas.

Basta, en efecto, recordar que las aguas del Sena contienen normalmente el bacilus de la fiebre tifoidea; que esta enfermedad estalla en épocas y en barrios determinados, sujetos al uso de aquella; que los análisis verificados en los laboratorios del hospital Val-de-Grâce, de aguas de París y de otras poblaciones de Francia, han revelado en ellas la existencia constante de grandes cantidades de microbios nocivos y en particular el de la fiebre tifoidea, en abundancia. Y si fuera necesario una cita autorizada al respecto, ahí tenemos la opinion de la Academia de Medicina que despues de un informe del profesor Brouardel, emitió, en 1884, estas conclusiones:

Cualquiera que sea la enfermedad infecciosa cuya profilaxia quie-

ra establecerse, las aguas de consumo deben ser libres de toda contaminacion. La contaminacion del agua por las materias fecales es especialmente peligrosa. Hay lugar á hacer examinar por el Consejo de Higiene, las aguas que actualmente se emplean en bebidas, y de someter á su aprobacion los proyectos de derivacion y distribucion de las aguas, que en el porvenir deban servir para alimentar todo centro de poblacion.

Chamberland, en nota dirigida á la Academia de París, en Agosto de 1884, decia: «El estudio sério de las propiedades de los micro-organismos y de las condiciones de propagacion de las enfermedades, tiende á demostrar que los microbios patológicos no se encuentran en el aire, ó cuando menos, solo en casos escepcionales. Es en las aguas en donde se hallan estos y sus gérmenes, lo que se concibe fácilmente si se tiene en cuenta que los productos de todas las fermentaciones y de todas las descomposiciones, concluyen finalmente por llegar á los pozos ó á los rios, sea por infiltraciones del subsuelo, por los caños maestros, ó arrastrados por las lluvias.»

Estas lijeras consideraciones ponen ya de manifiesto el alto interés práctico que tiene el estudio de las condiciones del agua de bebida, y es por eso que vamos á ocuparnos del «Filtro Medina» que satisface no solo las exigencias de un aparato de su clase, sinó que tambien se presenta rodeado de simpática aureola: su autor, el Sr. B. Medina Santurio, es hijo del Rio de la Plata.

De los conocidos, es el filtro Chamberland el mas usado hasta hoy. Está basado, como se sabe, en la propiedad filtrante de la porcelana, y ha sido objeto de muy sérias observaciones.

Dujardin Beaumetz, en su obra «L'Hygiène Prophilactique», hablando de aquel aparato, dice: Lo que debo sobre todo señalar, es la necesidad de verificar si esta porcelana es perfectamente intacta, y si no tiene roturas, por una parte, y por la otra, la de limpiar frecuentemente esta bujia esponiéndola al calor del gas, ó de un foco ardiente. (1)

La *Revue Scientifique* refiriéndose al mismo asunto, se expresa así: Se comienza á reconocer, si hemos de creer en algunos ruidos salidos de los laboratorios, aún de los mas discretos, que el filtro Chamberland, que dá, en efecto, agua sin microbios durante los primeros dias que siguen á su esterilizacion, no tarda en infestarse, y en dejar pasar bien pronto todos los bacterios. Es, pues, un buen filtro de laboratorio, donde se tienen siempre á la mano los aparatos de esterilizacion, y donde no se pueden emplear sino bujias recientemente desinfectadas por el vapor de agua sin presion; pero, en las casas de familia, como instrumento de higiene privada, es un detestable filtro. Es evidente, en

---

1) Dujardin Beaumetz. L'Hygiène Prophilactique, página 203.

efecto, que las personas que hayan hecho instalar en el robinete de su cocina un filtro Chamberland, no lo harán desmontar cada ocho dias para reemplazarlo por una bujía nueva ó nuevamente esterilizada, pues al cabo de algunos dias, el agua de bebida es, bajo el punto de vista de los microbios, absolutamente como si no hubiera sido filtrada (1).

Refutando los argumentos anteriores, la misma *Revue Scientifique*, en su número del 20 de Julio, página 91, publica una série de esperiencias cuyos resultados son todos favorables al filtro Chamberland. Estas esperiencias han sido hechas por Chamberland mismo en Lyon, en el laboratorio de Arloing, para verificar si tenia razon ó nó Tripier, al decir que el agua que pasaba por los filtros en cuestion encerraba gérmenes. Las conclusiones de los exámenes del agua, son éstas:

«El 6 de Enero de 1889 recojimos cien gotas de agua en diez «globos. Ninguna está turbia.

«El 6 de Febrero, sin tocar el aparato que, es necesario decirlo, «no habia funcionado sino dos ó tres veces, repetimos la misma «esperiencia exactamente de la misma manera, y hemos obtenido «un resultado idéntico.

«El 10 de Marzo, hemos hecho correr el agua durante 48 horas «consecutivas, y hemos recojido en seguida en un gran globo «que contenia 100 gramos de caldo bastante concentrado, pró«ximamente 100 gramos de agua. Este globo fué puesto en la estufa, y está aún límpido. Hé ahí, pues, una esperiencia que «demuestra que durante dos meses ningun microbio ha penetrado «en nuestro aparato.» Como resúmen de estas pruebas esperimentales, Chamberland, agrega: «podemos admitir que en las condiciones en que nos hemos colocado, ningun microbio ha podido atravesar los filtros, ni penetrar en el reservorio por otra vía.»

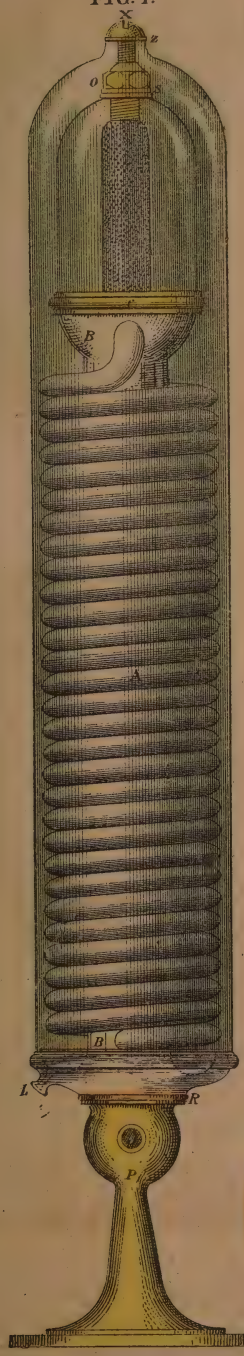
Recapacitando sobre lo anteriormente dicho, se vé que el filtro Chamberland, que emplea la propiedad filtrante de la porcelana, es un aparato aceptable, si bien no llena enteramente las necesidades de una higiene absoluta, 1º porque no se puede tener confianza en que no deje pasar gérmenes con el agua: 2º porque para limpiar este aparato es necesario desarmarlo frecuentemente, con lo que se le espone á roturas.

Las deficiencias que dejamos anotadas, y que fueron comprobadas muy especialmente en Buenos Aires, con ocasion del cólera de 1886, indujeron al señor Medina Santurio á estudiar el medio de obtener agua absolutamente libre de micro-organismos por un aparato que reemplazara al de Chamberland, que, como se sabe, ha sido hasta hoy considerado con justa razon, el mejor. Los estudios del Sr. Medina lo han llevado á dos importantes conclu-

(1) *Revue Scientifique*, 13 Julio 1889, páginas 55 y 56.

FILTRO MEDINA

Fig. 1.



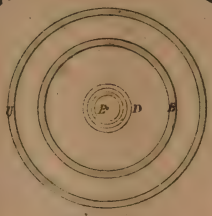


Fig. 3.

Fig. 2.

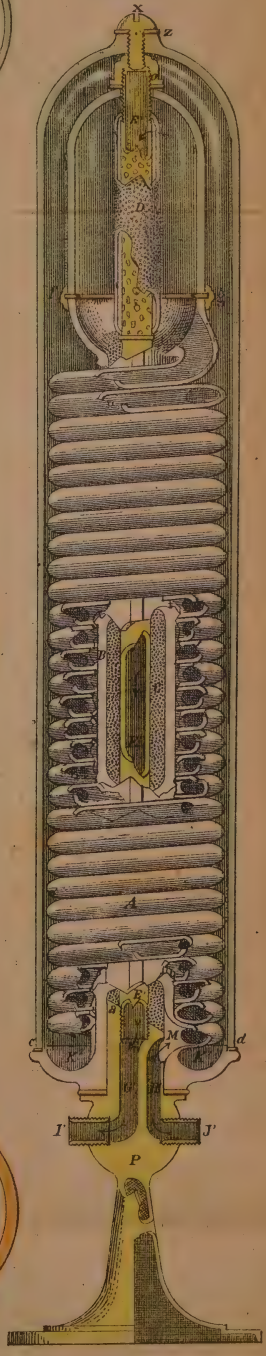
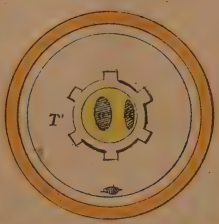


Fig. 4.



siones: 1ª La utilizacion del roce producido por granos en movimiento para la limpieza automática de los filtros de porcelana; 2ª la construccion de un filtro adecuado para la aplicacion del sistema anterior (granos en movimiento) denominado *Filtro Medina*.

Hé aquí la descripcion del aparato de que nos ocupamos:

El «Filtro Medina» presenta la forma de una columna, y se compone de un tubo vertical de porcelana de base saliente y de forma de receptáculo anular *K*, que termina en la parte superior en una ampolleta montada en un soporte metálico *P* de dobles conductos de entrada *J* y de salida *I* para el líquido; envuelve á este tubo y está en comunicacion por sus estremidades *M* y *N*, un tubo de porcelana porosa *A* en forma de serpentina, destinado á la filtracion. En el interior del tubo vertical *B*, existe uno de menor diámetro *E* con rejilla que sostiene en la parte superior un tubo rejilla *D;* ambos tienen la mision de dar paso al exterior por el conducto *G* y luego por el agujero de salida *I*, al agua cargada de impurezas, á más de contener los granos *C* que el líquido arrastre. Una campana *U*, ajustada al borde saliente del receptáculo *K*, cubre la parte filtrante del aparato, librando al agua filtrada del contacto del aire atmosférico, además de ponerlo en condiciones de una fácil esterilizacion en los casos de epidemia, y de funcionar por aspiracion ó vacio cuando no hubiese agua con presion suficiente. Dentro del tubo *B*, hay una cantidad de granos de arena *C*, que pueden ser puestos en movimiento toda vez que el líquido á filtrar tenga presion y libre paso por los conductos de entrada *J* y salida *I* del aparato; estos granos pasan de dicho tubo á la serpentina por el punto *M*, y la recorren interiormente en toda su extension, volviendo á su lugar primitivo tan pronto cese la corriente. Un pico *L*, en comunicacion con el receptáculo anular *K*, permite la salida del agua filtrada al exterior.

Para filtrar en este aparato basta dejar pasar el agua por el conducto de entrada *J*, y cerrar el de salida *I*; el líquido se filtrará entonces por presion de adentro hácia afuera del tubo serpentina *A*, dejando en las paredes de dicho tubo las impurezas que él contenga y pasando el líquido filtrado que trasuda la serpentina al receptáculo *K* y de este punto al que se desée por el pico *L*.

La limpieza del «Filtro Medina» es tan rápida como sencilla, y consiste ella en la apertura del conducto de salida *I*, con el cual se establece una corriente de líquido que pone en movimiento los granos *C*, del tubo vertical *B*, haciéndolos pasar por el interior de la serpentina *A*, desprendiendo por el roce á su paso y arrastrando al exterior las impurezas y materias insolubles que estuvieran detenidas en las paredes de dicho tubo.

Como se ha visto por esta descripcion, el filtro de que hablamos funciona por presion, y puede tambien funcionar á vacío ó

por aspiracion, con lo que se obtiene tanto la filtracion del líquido como la limpieza de las paredes interiores del aparato, pues ejerciendo esta aspiracion sobre el pico *L*, se consigue el líquido filtrado y haciendo igual cosa sobre el orificio *I'*, se produce la corriente y con ella el movimiento de granos que limpian el filtro.

El «Filtro Medina» está basado como el de Chamberland en la propiedad filtrante de la porcelana; y al construirlo ha tenido en cuenta el Sr. Medina los inconvenientes de aquel y los ha salvado de una manera evidente.

Como hemos dicho, las observaciones que se han hecho al de Chamberland, son: que al cabo de cierto tiempo pasan gérmenes con el agua, y que su limpieza es difícil y hay que repetirla frecuentemente con riesgo de romperlo y de no ajustarlo bien, lo que daria lugar al paso de impurezas.

El «Filtro Medina» ha salvado estas deficiencias: en él no pasan gérmenes absolutamente, ni ninguna otra materia, y su limpieza es automática, hecha por el roce de los granos de arena puestos en movimiento por una llave. Además, la esterilizacion completa puede hacerse sin necesidad de desarmar el filtro, para lo cual basta hacer llegar al interior de la campana *U*, por el pico *L*, una corriente de vapor de agua (ó solucion antiséptica) sobrecalentado, el que, por su temperatura destruye los gérmenes ó micro-organismos que pudieran encontrarse en los poros de las paredes filtrantes por la presion del vapor que en este caso se produce en sentido inverso de la presion ejercida para la filtracion. En virtud de ella, los gérmenes y materias que se hubieran reunido allí son neutralizados primero por el vapor, y espulsados luego por la accion de los granos en movimiento.

Se vé, pues, que todo ha sido previsto en el «Filtro Medina». Merecido elogio hacen de sus propiedades, las patentes que le han sido acordadas por los gobiernos argentino y francés.

Es ciertamente satisfactorio poder dar cuenta de una modificacion trascendental operada en un buen aparato que ha recorrido el mundo con el valioso prestigio de un nombre conocido. El filtro Chamberland tiene en el «Filtro Medina» un reemplazante que le aventaja en mucho; y abrigamos la esperanza de que la práctica diaria comprobará la superioridad de éste, acordándole como consecuencia natural, el premio y privilegio de su incuestionable autoridad.

Buenos Aires, 1º de Enero 1890.

ANTIFEBRINA

por el Dr. J. Ledesma

Profesor de Materia Médica y Terapéutica de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires

Esta sustancia, designada así por su primera propiedad observada de combatir la fiebre y para diferenciarla de la antipirina, lleva tambien como nombres que dan una idea de su constitucion química los de *acetanilida* y *fenilacetamida*.

Su fórmula es C^8 H^9 AzO.

Se obtiene como producto secundario de la fabricacion de la anilina. Es, pues, un derivado de la série aromática. Fué descubierta en 1835 por Gerhart de la reaccion del ácido acético sobre la anilina. Se la purifica por cristalizacion de su solucion en agua hirviendo.

Ha sido introducida en la terapéutica en 1886 por Kahn y Hepp, quienes hicieron conocer sus propiedades antitérmicas y por esta razon la llamaron *antifebrina*. Lépine fué el primero en *estudiar su accion* sedante cerebro-espinal.

Habiendo hecho una aplicacion bastante estensa de este remedio, vamos á tratar de caracterizar sus principales propiedades, sus efectos y sus aplicaciones.

Esta sustancia se presenta en pequeñas láminas muy blancas y brillantes, untuosas al tacto; es liviana, poco soluble en el agua, soluble en tres partes de alcohol y de clóroformo, mucho menos en el éter.

La antifebrina que hemos empleado es la original preparada por Kalle y que se encuentra en el comercio en cajas de carton con un contenido de cien gramos.

Es esta la que recomendamos cuando quiera usarse con garantía, pues se encuentran en el comercio otras que vienen sin marca de fábrica y que no ofrecen la misma seguridad de efecto, ó no están libres de producir accidentes.

La forma que usamos de preferencia es la solucion acuosa, mejor en el agua destilada. Se puede obtenerla á frio, pero esto requiere mucho tiempo por ser poco soluble. Lo mejor es disolverla por la ebullicion en el agua y agregar el agua suficiente para obtener la proporcion de 1 de antifebrina por 200 de agua. De esta manera la solucion se conserva perfectamente límpida por mucho tiempo, mientras que la solucion en una menor proporcion de agua daria lugar á la precipitacion de la acetanilida por el enfriamiento.

De esta manera tenemos que:

100	gramos	de	solucion	representan	0,50	de	acetanilida.
50	»	»	»	»	0,25	»	»
20	»	»	»	»	0,10	»	»
10	»	»	»	»	0,05	»	»

Esta solucion puede aceptarse como normal, y sus proporciones son muy fáciles de dosar y muy cómodas en su empleo.

Apenas tiene un lijero sabor amargo; los niños la toman sin resistencia, aún la reclaman. No necesita adicion de jarabe. Es esta una de las grandes ventajas que hace preferir estos nuevos antipiréticos á la quinina.

Puede tambien administrarse la antifebrina previamente disuelta en el alcohol, como en la fórmula:

Acetanilida.....	1	gramo
Alcohol.....	5 á 10	»
Agua.....	90	»

de la que cada cucharada de 20 gramos representa 0,20 del medicamento.

Puede tambien emplearse disuelta en un vino espirituoso, ó en cápsulas, sellos, etc.

Los efectos y aplicaciones de la antifebrina son los mismos que los de la antipirina. Hemos podido satisfacer con la primera de estas sustancias todas las indicaciones de la segunda, sin poder establecer que la una sea superior á la otra. La gran ventaja de la antipirina está en su solubilidad en todas proporciones en el agua; pero esta ventaja es solamente

positiva para las inyecciones hipodérmicas, práctica que es relativamente poco frecuente.

Las diferencias que podemos anotar en el empleo práctico de estos dos medicamentos, son las siguientes:

La antifebrina es un remedio mas económico, dato sumamente importante para sustancias de un uso tan general y que cada dia reciben nuevas indicaciones tan útiles.

Es, pues, para los enfermos poco acomodados, para los hospitales, un medicamento que puede reemplazar con ventaja á la antipirina.

La acetanilida es de una actividad cuatro veces mayor que la antiperina y su precio es tambien cuatro veces menor; pues que 100 gramos de antifebrina valen lo que 25 gramos de dimetiloxiquinizina.

Esto dá por resultado que el gasto en antifebrina sea 16 vecesmenos que con el empleo de la antipirina.

En efecto con 0,25 de acetanilida se consigue el mismo resultado terapéutico que con 1 gramo de antipirina, y así en proporcion.

Se puede elevar la dosis de acetanilida hasta 0,75 y 1 gramo, la que corresponde á 3 y 4 gramos de antipirina.

Algunos autores han desaconsejado el uso de la antifebrina por el temor de la cianosis, de los sudores profusos, enfriamiento, etc. Otros han mantenido sus brillantes efectos y su inocuidad. Nosotros empleando la acetanilida de Kalle á las dosis que señalaremos, no hemos observado ninguno de estos inconvenientes.

Estos accidentes pueden resultar solamente, ó por la administracion de dosis muy elevadas, un gramo cada hora, como la han empleado algunos, ó por la administracion de una sustancia impura.

Sucede lo mismo con la antipirina, cuando no se usa una marca conocida por su pureza como la de Knorr ó cuando se exageran las dosis hasta seis ó mas gramos.

Hemos administrado hasta 1 gramo de acetanilida en una sola dosis á hombres adultos, sin observar ningun efecto desagradable.

Administramos ordinariamente dosis de 0,25 repetidas dos, tres y cuatro veces al dia, obteniendo resultados notables sobre la fiebre y el dolor. Por lo general nos bastan dos dosis para conseguir un efecto terapéutico satisfactorio.

En los niños disminuimos las dosis en proporcion á la edad, á la enfermedad y á los resultados alcanzados.

Niños de 10 á 15 años pueden tomar perfectamente 25 centígramos en dos dosis y llegar hasta 0.50. De los 5 á los 10 años dos cucharadas en dos dosis, lo que representa de 15 á 20 centígramos. Niños de dos años se encuentran bien con dos cucharadas medianas que contienen cada una 5 centígramos de sustancia activa, pudiendo llegar al duplo sin inconveniente.

La antifebrina como la antipirina obran principalmente sobre el sistema nervioso, deprimiendo la actividad de su funcionamiento, moderando la accion refleja del bulbo y de la médula, disminuyendo la sensibilidad de los nervios.

Estas propiedades las han hecho designar á estas sustancias como medicamentos nervinos.

Esta misma accion nerviosa esplica su efecto sobre la temperatura. Actuando sobre el centro termogénico, disminuye su actividad. Imprime tambien á la sangre modificaciones que rebajan las oxidaciones y combustiones en los tejidos, combatiendo así otra fuente del calor febril.

Aumenta la presion de la sangre á dosis moderadas, facilita la pérdida del calor orgánico, disminuye la secrecion de la orina y tiene propiedades antifermenticibles, etc. De todas estas acciones se pueden deducir y esplicar parcialmente sus efectos terapéuticos.

Hemos empleado la acetanilida en diversas especies de fiebre, principalmente en la de la neumonía, de la tuberculosis, de la erisipela, de la fiebre tifoidea y del reumatismo.

El resultado ha sido invariable: producir un descenso de la temperatura febril, mas fácil de conseguir en la fiebre tifoidea y la tuberculosis que en la neumonía, al menos en el primer período de esta última enfermedad.

La hora en que administramos de preferencia la sustancia es anticipándonos algo á la exacerbacion febril. Una dosis á las 10 ú 11 de la mañana, otra dosis á las 2 ó 3 de la tarde.

La fiebre disminuye ó desaparece, acompañada esta defervescencia de una mejoría general de los otros síntomas mórbidos, y sin síntomas desagradables, sin los sudores profusos que algunas veces produce la antipirina.

Para evitar estos síntomas incómodos de sudores, escalofrios etc., con que han escollado algunos prácticos y que nosotros nunca hemos observado, es necesario mantenerse en dosis moderadas. Es necesario no provocar una defervescencia brusca que traiga la temperatura debajo de la normal,—efecto que va acompañado de una sudacion profusa y seguido del escalofrio consiguiente á la nueva y rápida elevacion térmica.

Con dosis medias que la práctica enseña á conocer y que ya hemos señalado, basta producir un descenso prudente á 38°5, 38°, 37°5, y continuar la administracion diaria del medicamento y fraccionar las dosis de manera á mantener y acentuar despues el efecto obtenido.

La antifebrina actúa rápidamente; en una hora se manifiestan sus efectos, los que continúan por varias horas, hasta desaparecer segun la naturaleza y la tenacidad de la fiebre. La elevacion, el tipo y la duracion de la fiebre son tres guias importantes que se debe tener en vista para proporcionar las dosis y su repeticion.

El uso prolongado de la acetanilida no produce ningun malestar ni inconveniente de importancia. Al contrario, combatiendo la fiebre, una de las mayores causas de depresion y de consuncion orgánica, mejorando conjuntamente el estado general, se obtienen los mas benéficos efectos.

Hemos visto así una mejoría notable en las neumonías crónicas. En la tuberculosis una desaparicion de la fiebre y una mejoría general (sin escluir los otros medicamentos indicados) que ha conducido al alta de los enfermos.

En la fiebre tifoidea hemos obtenido una marcha benigna de la fiebre, un estado subfebril durante la enfermedad, una convalecencia rápida.

En esta enfermedad hemos reemplazado en la práctica hospitalaria la antifebrina á la antipirina con iguales ventajas. El tratamiento de la fiebre tifoidea no es esclusivo por estos antipiréticos, pues abarca otros medios que conducen al mismo fin: moderar la fiebre, impedir la adinamia, obtener la asepsia y contrarrestar el desgaste orgánico.

Nos prometemos volver sobre este punto en otro trabajo sobre el tratamiento de las fiebres.

En los reumatismos febriles, la acetanilida ha logrado vencer los dos elementos, fiebre y dolor, aunque hemos observado que sus efectos y los de la antipirina no son tan radicales, no evitan las recidivas ó aseguran la curacion tan eficazmente como el salicilato de sodio.

Para el elemento dolor la acetanilida ha sido muy útil en gran número de casos. Su efecto es rápido y claramente apreciable. Muchas veces ha bastado una sola dosis.

Hemos combatido así con éxito cefalaljías persistentes de orígen gástrico ó nervioso, cardialjias y cólicos hepáticos, donde ya la antipirina nos habia dado excelentes resultados, lo mismo que en los dolores neurálgicos, anginas de pecho, etc.

En los dolores fulgurantes de la ataxia locomotriz, la acetanilida ha afirmado sus propiedades analgésicas, ha sido muy útil para calmar ó hacer desaparecer sufrimientos que hacian muy penosa la vida del enfermo. Es necesario en estos enfermos estudiar y graduar cuidadosamente las dosis del medicamento. Para Beaumetz es en estos dolores de los tabéticos donde la acetanilida tiene su mejor accion electiva y es superior á los otros analgésicos, haciendo desaparecer como por encanto los fenómenos dolorosos. Este autor lleva las dosis de acetanilida hasta administrar tres sellos de 50 centígramos en las 24 horas.

Hemos podido observar la utilidad de la acetanilida en la poliuria; en la diabetes donde con dosis diarias de 1 gramo hace desaparecer la glucosa de la orina; en la corea para moderar los movimientos desordenados; en la coqueluche para

disminuir la frecuencia y la violencia de los accesos de tos, así como la fiebre que acompaña las complicaciones de esta enfermedad.

Buenos Aires, 26 de Diciembre de 1889.

TUBERCULOSIS MILIAR

MECANISMO PATÓGENO

por Silverio Dominguez

Sub-Director del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública

Nada encuentro comparable al cuadro sindrómico que presenta la tuberculosis miliar, antigua *tísis galopante*; la disnea tan marcada que á sola vista recuerda las afecciones del centro circulatorio, es de tal intensidad y de tal naturaleza, que en nada concuerda con las lesiones anátomo-patológicas.

Uno ó dos pulmones infiltrados al principio de la enfermedad, campo respiratorio estenso, y la disnea marca el sintoma dominante: aquí no hay propiamente obstáculo (al principio), puede penetrar el aire en las vesículas pulmonares, y sin embargo constatamos ochenta respiraciones por minuto.

Todo aquí es anómalo, irregular, menos el curso de la temperatura; y encontramos las ámplias curvas como indicadoras de la profunda alteracion: 37 centígrados por la mañana; presenta 39 ó 40 por la tarde, y así sigue por unos cuantos dias, hasta que estacionándose en 40 ó lo mas frecuente en los 41 centígrados, no desciende sino en el próximo período agónico mas bajo de lo normal.

La auscultacion de los pulmones no da, en verdad, muchos elementos diagnósticos; no está constituida pagtonomónicamente como otras enfermedades del aparato respiratorio: rales secos al principio, especie de subcrepitacion finisima que se diseminan por el pulmon, no tardan en invadirlo todo, ganando en intensidad el ruido seco, á medida que va percibiéndose menos el murmullo vesicular. La duracion de los casos en que desgraciadamente he tenido que intervenir ha sido de once á catorce dias, á contar desde la primera elevacion térmica: escuso decir que todos los casos han sido fatales.

¿Cuál es el mecanismo patógeno de la tuberculosis miliar?

La causa productora como de todos es sabida, consiste en la accion del bacilo de la tuberculosis que por su multiplicacion ó coloniaje en órganos importantes destruye el tejido, produciendo por sus secreciones ó tomainas la infeccion consiguiente.

Situándose el bacilo en los pulmones para constituir la tuberculosis pulmonar, evoluciona tranquilamente por cierto tiempo, invade los tejidos y los fusiona, pero verificándolo con cierta lentitud, y así vemos enfermos pasar bastantes años, en que presentando los bacilos en sus esputos, y constatándose el destrozo pulmonar, siguen desempeñando sus funciones orgánicas, hasta que llegue el tiempo en que sucumban, efecto de una de tantas emergencias como suelen presentarse en esta enfermedad.

Se inoculan chanchitos de la India en el laboratorio, ya sea depositando una pequeña porcion del esputo con bacilos de la tuberculosis, debajo de la piel, ó ya por pulverizacion para que actúe directamente en el árbol respiratorio; se desarrolla la tuberculosis generalizada, es cierto, pero de una manera lenta, lo mas frecuente que hemos visto en el laboratorio, de una duracion que oscila entre los siete y once meses cuando los chanchitos son jóvenes.

¿Por qué entonces sucede en la tuberculosis miliar que tiene una evolucion tan rápida?

Difícil es contestar categóricamente la pregunta. Dejando aparte las cuestiones debatidas de la mayor ó menor resistencia orgánica para la receptividad del bacterio, creemos que en la tuberculosis miliar se opera este fenómeno.

En lugar de situarse el bacilo en los pulmones ú otros órganos de preferencia como en la forma comun, penetra en el torrente circulatorio y merodea por la túnica interna de los vasos, coloniza en los repliegues, envia al pulmon una sangre alterada por las secreciones de este bacterio, ya prodigiosamente multiplicado; los centros nerviosos son estimulados por las tomainas; se opera un verdadero envenenamiento, y antes que puedan destruir el tejido pulmonar los bacilos que el líquido sanguíneo ha depositado en sus vesículas, sobreviene la muerte por infeccion ocasionada por la tomaina ó secrecion del bacilo de Koch.

Así vemos que en la escasa secrecion bronquial que tienen los enfermos, no se encuentra el bacterio, y solo sí en la sangre aunque en escasa cantidad, como es consiguiente dada la espantosa rapidez del curso de esta enfermedad. El hecho de haberse constatado alteraciones bacterianas en las válvulas, la presencia del bacilo en los coágulos de los gruesos vasos, todo ello indica el mecanismo patógeno que sigue la enfermedad, contra la cual, como se comprende, es impotente la terapéutica, teniendo que estrellarse todos los agentes y las medicaciones mejor dirigidas.

Solo comprendiendo de esta manera el proceso morboso, podemos esplicarnos el cuadro sindrómico; solo así darnos cuenta de la disnea asfixiante cuando queda campo respiratorio; solo así comprender la poca acentuacion de las lesiones pulmonares, y la rápida evolucion de esta enfermedad.

Envenenamiento bacteriano; alteraciones reflejas emanadas de éste; inutilidad de la terapéutica.

Buenos Aires.

FARMACOPEA INTERNACIONAL

Párrafos de un informe del Dr. Juan J. Diaz, Delegado Argentino en el Congreso de Materia Médica, Terapéutica y Farmacología de Paris

—

La cuestion verdaderamente internacional que se ha discutido en el Congreso, es la relativa á la utilidad de una Farmacopea Internacional.

Esta importante cuestion viene tratándose desde el año 1881, en cuya época se discutió en Lóndres en el Congreso Farmacéutico Internacional, habiéndose elejido al Presidente de la Comision de Farmacología, M. A. de Waldhein, para que confeccionara un proyecto, el cual fué presentado en 1885, en el Congreso Internacional de Viena; proyecto que pasó á estudio de una comision, y del cual no se ocupó definitivamente el Congreso.

El Congreso de Paris á que he tenido el honor de pertenecer se ha ocupado nuevamente de la cuestion, aceptándose solo parcialmente una idea que, como concepto general pierde cada dia terreno, segun lo demuestra la resolucion tomada.

La adopcion de una Farmacopea Internacional, será siempre de muy difícil, si no imposible realizacion.

El empleo y las dosis de los medicamentos están intimamente relacionados con el clima, los hábitos, la constitucion peculiar de los habitantes de cada país, y las enfermedades endémicas ó epidémicas que reinan en ellos.

Por otra parte, cada país tiene su flora especial, y ella debe dar un tipo característico á su Farmacopea.

En mi concepto, la dificultad para uniformar las dosis en

que un medicamento, en tal ó cual proporcion, ha de obrar terapéuticamente, ó como veneno, es de todo punto insalvable; pero pienso con el profesor Schaer, miembro del Congreso, que la Farmacopea Internacional debe limitarse á los medicamentos simples heróicos, como los alcaloides, y á uniformar el lenguaje y la unidad de la medida, que no es hoy uniforme, pues en Inglaterra se emplea aún el antiguo peso, y no el sistema métrico decimal, adoptado en la mayor parte de las naciones de Europa y América. Esta falta de uniformidad en la medida, ofrece muy sérios inconvenientes para la comparacion de las diferentes prescripciones farmacéuticas, y la adopcion general del sistema métrico decimal en la Farmacopea como en las prescripciones médicas representaría un progreso muy manifiesto en materia de asociacion internacional sanitaria.

El Congreso de Materia Médica, Terapéutica y Farmacológica de París, no se ha ocupado de todas las proposiciones relacionadas con tan difícil é importante cuestion, limitándose á sancionar como de utilidad internacional, la formacion de una farmacopea que se ocupe únicamente de las drogas simples heróicas, precisando sus caractéres físico-químicos; de los distintivos de ciertas preparaciones químicas de calidad especial, así como tambien de uniformar el cuadro de las dosis máximas, y de las condiciones legales para el expendio de los medicamentos tóxicos.

CORRESPONDENCIA

EN LA SALPETRIERE

Un caso de ataxia hereditaria de Friedreich

Paris, Diciembre 2 de 1889.

Señor Director de *Los Anales del Círculo Médico Argentino.*

Como es difícil en medicina para un principiante escribir siempre cosas nuevas, teniendo en cuenta sobre todo la fácil comunicacion con Europa, me contentaré con describir un caso de una enfermedad rara, tan rara que en tres años de asistencia diaria á los hospitales, no he visto ningun caso en Buenos Aires.

Se presenta en el servicio de Charcot una chicuela de trece años, cuyos antecedentes vagos solo sirven para hacer saber que hacen siete años que se encuentra enferma.

Los síntomas que suministra al exámen son los siguientes:

Nystagmus, abolicion absoluta de los reflejos tendinosos, la enferma se expresa con cierta dificultad, arrastrando las palabras que pronuncia casi como deletreando, sílaba por sílaba.

Tiene en la cara un aspecto de atolondramiento, y se rie sin motivo de cualquier tontería. Su risa se asemeja á la de los idiotas: no es franca.

Cuando se le hace llevar un objeto á sus lábios, lo hace con un lijero temblor é incoordinacion, que se manifiesta mucho mas si se le hacen cerrar los ojos.

Sentada con toda comodidad ó acostada en un lecho, la enfermita hace contínuamente movimientos mas acentuados en la cabeza que en los brazos, y que si no fueran por su poca intensidad podrian asimilarse á los que se producen en la córea.

Al observar sus pupilas, se vé que hay en ellas bastante desigualdad, pero tanto el reflejo que se produce por la luz, como el de la acomodacion, están perfectamente conservados.

Acusa dolores fulgurantes que se localizan mas precisamente en la rodilla, y justamente se produjeron en el momento en que la examinábamos.

Su marcha era característica, vacilante, pero sin incoordinacion como en el tabes; tenia que servirse de muletas para poder dar algunos pasos.

Si se le hacen cerrar los ojos, despues de una breve oscilacion, cae al suelo; es el síntoma de Romberg, en toda su plenitud.

Su pié está deformado, es un *pied bot* equino: el talon anterior aproximado del posterior y los dedos muy levantados; sin embargo esta deformacion es puramente funcional porque se le puede dar casi su forma natural.

La sensibilidad tanto al dolor, como térmica ó de contacto, está perfectamente conservada.

No hay alteraciones de las funciones urinarias. Alteraciones psíquicas, solo una difícil comprension de las cosas que no se necesita buscar enfermos para encontrarla muy á menudo; luego, nada de característico.

Con estos síntomas ha construido Friedreich su entidad mórbida que solo puede confundirse con dos afecciones, que son la esclerosis en placas y la ataxia locomotriz progresiva.

Reasumo en forma de cuadro los caractéres comunes ó diferentes que se observan en estas enfermedades no tomando sinó los que se producen en la enfermedad de Friedreich:

Ataxia hereditaria de Friedreich	Esclerosis en placas	Ataxia locomotriz progresiva
1º Abolicion de los reflejos tendinosos.	1º Exajeracion.	1º Abolicion.
2º Nystagmus, desigualdad de pupilas, conservacion de los reflejos a la luz y acomodacion.	2º Nystagmus frecuente; a veces diplopia pasajera, conservacion de los reflejos á la luz y a la acomodacion; a veces atrofia papilar que permite siempre distinguir los colores.	2º Miosis, diplopia, ausencia del reflejo á la luz, conservacion del de la acomodacion, atrofia papilar progresiva.
3º Palabra dificil, arrastrando las silabas, dificultad de pronunciacion.	3º Id pero menos pronunciada.	3º Palabra normal.
4º Aspecto de atontamiento, risa que se asemeja á la de los idiotas, cierta lentitud intelectual.	4º Mirada vaga, que no se fija en los objetos, cara de estupor, finaliza a veces en la alienacion mental.	4º Absolutamente nada.
5º Lijero temblor é incoordinacion en los movimientos voluntarios de los miembros superiores.	5º Temblor enorme caracteristico, con conservacion de la direccion del movimiento.	5º Incoordinacion rara y tardia de los miembros superiores.
6º Marcha vacilante pero coordinada.	6º Id.	6º Incoordinacion absoluta.
7º Pequeños movimientos coreicos tanto en el estado de reposo como en actividad funcional.	7º Temblor muy grande en el estado funcional de los miembros, y en el reposo nada.	7º Nada en el reposo, incoordinacion en los movimientos voluntarios.
8º Conservacion de la fuerza muscular.	8º Disminucion progresiva.	8º Conservacion.
9º Dolores fulgurantes sin hiperestesia consecutiva (solo en este caso se han visto.)	9º No hay dolores fulgurantes.	9º Dolores fulgurantes con hiperestesia consecutiva.
10 Oscilacion y caida con los ojos cerrados (Sintoma de Romberg.	10 No existe ese sintoma	10 Oscilacion y caida con los ojos cerrados.
11 *Pied bot* funcional, sin alteraciones organicas, con aumento de la curvadura del pié.	11 No hay *pied bot.*	11 *Pied bot* tabético, con acortamiento del pié debido á artropatias de los huesos: achatamiento del pié.
12 No hay alteraciones vesicales.	12 Solo al fin de la enfermedad, escaras vesicales.	12 Alteraciones vesicales (retencion, incontinencia etc.)
13 Principio entre los 5 12 años.	13 Principio en la adolescencia y juventad.	13 Principio entre veinte y cuarenta años.

Del cuadro que precede se desprende que la enfermedad de Friedreich tiene el nystagmus y la dificultad de la palabra de la esclerosis en placas, y un poco de incoordinacion y la abolicion de los reflejos tendinosos que la acercan del tabes, contando con los dolores fulgurantes y el síntoma de Romberg que parecen ser especiales á esta enferma, porque no los he encontrado en las monografias á este respecto.

Se distingue de la primera por el carácter del temblor, la ausencia de ataques epileptiformes, la abolicion de los reflejos etc; de la ataxia locomotriz por la falta de síntomas vesicales y de alteraciones de la sensibilidad y además por la edad en que principia; nunca se ha visto un tabético de seis ó siete años, y el caso en que ha aparecido mas pronto el tabes es en uno señalado por Charcot en los diez y seis años. En cambio, la esclerosis en placas suele debutar en la adolescencia y se citan casos hasta de siete y ocho años.

El pronóstico distingue tambien esta afeccion de los otros. Es de lo mas sombrío en la ataxia hereditaria de Friedreich en que los enfermos alcanzan rara vez á los veinte y cinco años, mientras que se puede vivir largo tiempo con una esclerosis en placas ó con una ataxia locomotriz.

El tratamiento es completamente ineficaz, y es uno de esos casos que el médico mira como curiosidad científica, teniendo que cruzarse de brazos ante el desarrollo gradual de esta afeccion.

Para terminar haré una crítica del nombre que Friedreich ha dado á esta enfermedad. En primer lugar no es una ataxia por que los movimientos tienen muy poca incoordinacion, especialmente la marcha que es vacilante, como la de la esclerosis en placas, pero no incoordinada.

En segundo lugar no es hereditaria, sino en el sentido mas lato de la espresion, herencia nerviosa, porque no se conocen descendientes de estos enfermos, porque cuando llegan á la pubertad están en la imposibilidad de llenar las funciones genitales.

Es mas bien una enfermedad familiar, en este sentido que varios hermanos pueden estar afectados por ella, generalmente descendientes de alienados ó epilépticos.

Luego, es la herencia mórbida que hace en otros casos que el hijo de un tabético sea epiléptico.

En cuanto al sitio anatómico de la enfermedad, es en lo que Flechsig denomina manojos cerebelosos directos, y además en los cordones de Goll ó fibras largas posteriores.

Saluda atentamente al Sr. Director.

Dr. Roman Pacheco.

NECROLOGIA

El Profesor Ricord—Ha muerto en Paris el profesor Ricord, y su nombre es demasiado conocido para que hagamos aquí su biografía

Recordaremos solo que fundó una escuela científica, en el sentido ámplio de la mas real originalidad, y que sus ideas han recorrido el mundo, recibiendo por todas partes la sancion de la práctica.

Sus discípulos predilectos son hoy las mas esclarecidas personalidades de la facultad de medicina de Paris.

Ricord estaba jubilado y tenia 80 años de edad.

El Dr. Pedro A. Mattos—El antiguo profesor de terapéutica de la facultad de Buenos Aires, Dr. Pedro A. Mattos, ha fallecido á los 53 años de edad.

Fué el Dr. Mattos un buen profesor; tuvo amor á la ciencia que cultivaba; era anheloso por el adelanto de nuestra escuela médica, y como miembro académico de la Universidad y delegado al Consejo Superior, siempre fué recto, justo y laborioso. Con su muerte se pierde un hombre de bien, que supo cumplir sus deberes con abnegacion y desinterés.

El Dr. Julio E. Mitre—Despues de larga enfermedad, ha fallecido el Dr. Julio E. Mitre, espíritu distinguido, inteligente y lleno de bondad. Cultivó las letras y las ciencias con igual entusiasmo, mereciendo siempre sus producciones el aplauso público.

El Dr. Domingo Parodi—Comunicamos á nuestros lectores el fallecimiento del doctor Domingo Parodi, ocurrido pocos dias ha, en Paris. Su nombre, esclarecido en las ciencias, queda vinculado á numerosas iniciativas, á muchas obras benéficas que han contribuido al adelanto del país.

Botanista distinguido; químico experimentado; terapeutista notable; doctor en farmacia; miembro de las facultades de medicina y de ciencias naturales; conocedor de varios idiomas, y ante todo, hombre de laboratorio y de singular preparacion en los estudios de investigacion experimental, el Dr. Parodi era entre nosotros un elemento de progreso, un erudito, á quien la República Argentina debe importantes servicios.

El Círculo Médico Argentino que lo contó entre sus miembros honorarios y que recibió del Dr. Parodi los beneficios de su probada generosidad, lamenta su muerte, y envia á su familia la expresion de su sincera condolencia.

Justo Bardi—Este jóven, alumno de 4º año de medicina y sub-administrador del Hospital Mixto, ha muerto víctima de la tuberculosis. Como empleado de la Asistencia Pública, en la época de su fundacion, prestó importantes servicios; y como sub-administrador de Hospital fué activo, laborioso é inteligente.

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 2

Anales del Círculo Médico Argentino

FEBRERO DE 1890

PRIMEROS DATOS ESTADISTICOS

Obtenidos en el Establecimiento Balneario del «Rosario de la Frontera»

Por el Dr. Eliseo Canton

—

Desde pocos años á esta parte, recien se deja sentir, y en una proporcion siempre creciente, el movimiento de opinion favorable á las estaciones balnearias tan en boga en la vieja Europa y tan en su infancia entre nosotros.

Y esta rémora, tratándose de una práctica que se impone por sus resultados á todas luces benéficos para la humanidad doliente, y que debió adoptarse incontinente por los que á nuestra semejanza tengan desarrollado tan en alto grado el don de la imitación, no se esplica sinó por la falta absoluta que teníamos, hasta hace poco, de establecimientos análogos á los de Vichy, Luchon y otros por el estilo.

Hoy en dia ya no estamos en este caso; todos mis distinguidos colegas saben, y si no lo saben deben saberlo, por que se han publicado análisis de aguas minerales, escrito correspondencias y folletos que se han publicado en los diarios de mayor circulacion en la República, siendo verídicas y moderadas las unas y bombásticos y exagerados los otros, pero todas tendentes á hacer conocer que entre los límites de las provincias de Tucuman y Salta, existen unas fuentes termo-minerales que nacen entre las últimas y accidentadas ramificaciones del cerro de la Candelaria, á una altura de 900 metros sobre el nivel del mar. Allí, casi sobre los mismos manantiales, llenando cañadas y coronando pequeñas lomas, se ha levantado un establecimiento que anualmente crece en dimensiones y comodidad, cual si imitara el desarrollo de los bosques seculares que lo rodean, pero que nunca llegará á ponerse á salvo de la severa crítica de los bañistas.

No tema el lector encontrar en este punto una descripcion mala ó buena del establecimiento que hemos citado de paso, por no ser este nuestro objeto. Las presentes líneas van encaminadas tan solo á buscar la importancia científica, revelada por datos estadísticos, de las fuentes termo-minerales del Rosario de la Frontera las que, conocidas desde la mas remota antigüedad, debieron fortalecer y retemplar á las huestes patriotas capitaneadas por el indómito Güemes en la epopeya de nuestra independencia, asi como hoy en dia sirven para devolver fuerza y virilidad á la juventud agotada por la marcha vertiginosa de nuestro progreso.

El establecimiento que nos ocupa, es el único con que cuenta la República hasta el momento; tiene ocho años de vida regular con facultativos á su frente, y sin embargo, estamos seguros de que nadie ha visto publicado un solo cuadro estadístico en el que, con la elocuencia de las cifras, se revele la verdadera bondad de estas aguas que, sin ser una panacea como algunos clientes pretenden, tienen sin embargo, propiedades que rodeadas de un conjunto de circunstancias favorables, las hacen recomendables para mas de un estado patológico.

Todos los facultativos que han visitado los nacimientos de estas aguas ó que conocen sus propiedades, saben perfectamente á qué padecimientos son aplicables para recomendar á uno ú otro de sus clientes una temporada balnearia; pero necesita igualmente saber cuáles son los resultados obtenidos en la práctica, el monto total de las curaciones ó mejorias, datos indispensables para satisfacer la curiosidad científica y la práctica de la profesion.

Son estas deficiencias apuntadas á la ligera, las que nos proponemos subsanar en la medida de nuestras fuerzas y en el reducido espacio que nos impone una correspondencia, á la que, por otra parte, trataremos de darle todo el interés posible desenvolviendo un tema que se puede considerar como de medicina nacional.

El establecimiento balneario del Rosario de la Frontera, funcionó desde el año 1880 hasta 1887 inclusive, bajo la direccion del Dr. Palau, su fundador, con una concurrencia de enfermos bastante reducida en los primeros años, pero que, poco á poco y á medida que las virtudes medicinales de sus aguas se difundian en el país, fué tomando mayor incremento hasta alcanzar en los siete años la cifra de 1186 enfermos asistidos en el establecimiento, ó sea, un término medio de 169, 28 enfermos por temporada.

Con estas cifras, ya nos habrá sido fácil obtener conclusiones provechosas para la práctica balnearia, siempre que se hubiera llevado un buen registro estadístico; pero desgraciadamente, tan solo encontramos libretas talonarias de cuyas abreviaturas solo

nos ha sido dado obtener los reducidos datos que apuntamos en seguida bajo la forma de un pequeño cuadro.

MOVIMIENTO DE ENFERMOS EN EL ESTABLECIMIENTO BALNEARIO DEL ROSARIO DE LA FRONTERA DESDE 1880 HASTA 1887 INCLUSIVE

	No. de enfermos
Sífilis	350
Reumatismo	253
Enfermedades cutáneas	115
Dispepsias	90
Catarros (leocorrea, gonorrea, metritis, etc.)	90
Neurálgias (frontal, sciática, intercostal)	72
Infarto hepático	60
Anemia	34
Infarto del bazo	30
Asma esencial	16
Hemiplegia	14
Catarro bronquial	12
Ataxia locomotriz, congestiones cerebrales	8
Cálculos biliares	6
Tuberculosis pulmonar	5
Enfermedad de Bright	3
Padecimientos diversos	28
Total	1186

Término medio anual 169,28.

Ciertamente que son pocas las deducciones á sacar de las cifras que anteceden; se indican cantidades mas ó menos crecidas de enfermos asistidos, pero no podemos decir nada acerca de sus resultados y mucho menos de los tratamientos empleados en tan variadas enfermedades.

A juzgar por el predominio que tienen las tres primeras entidades patológicas que encabezan la lista de aquel cuadro sobre el reducido número de las que le siguen, se puede concluir y esto suponiendo que el público no se equivoque, que, los estados morbosos en los cuales las aguas minerales del Rosario de la Frontera ejercen una accion mas benéfica, son: la sífilis, el reumatismo y las enfermedades cutáneas.

Mas adelante veremos hasta qué punto alcanza la accion benefactora de estas aguas sobre los demás podecimientos, entre los cuales cuenta la historia con algunos milagros indispensables á la buena reputacion de todo establecimiento de baños.

Al recibirnos de la direccion del establecimiento, una de nuestras primeras preocupaciones fué la de proveernos de un libro estadístico, convenientemente distribuido, de manera que cada bañista enfermo dejara allí su verdadera historia clínica.

Por medio de estas anotaciones, que sin duda alguna son un poco molestas para el médico y enfermo, pero que en cambio tienen ventajas inestimables por las consideraciones terapéuticas y clínicas á que se prestan sus resultados, es fácil comprobar que la afluencia de enfermos durante la temporada balnearia de 1888, ha superado en casi el doble al término medio de los siete años anteriores.

Esta corriente siempre en proporcion creciente nos está indicando, por una parte, la poderosa influencia que en este sentido favorable ejercen en determinadas afecciones la accion combinada del cambio de clima y de las aguas minerales, y por otro, que los distinguidos médicos de Buenos Aires—porque es de notarse que las dos terceras partes de los bañistas proceden de esta ciudad—han encontrado en su propio país y muy al alcance de los enfermos, un precioso agente terapéutico que les exime de atravesar el océano para buscarlo entre las montañas del viejo mundo.

Hasta ahora toda la concurrencia del establecimiento la constituyen los argentinos y algunos extranjeros radicados en el país. De las naciones inmediatas, la Banda Oriental es la única que aumenta las cifras de nuestra estadística con algunos casos de reumatismo y sífilis.

Por la variedad considerable de estados patológicos que se verán en el cuadro que insertamos mas adelante, y para los cuales se hacia indispensable la adopcion de ciertos y determinados tratamientos sin que las aguas minerales tengan una indicacion apremiante que llenar, se comprenderá perfectamente que un buen número de bañistas, concurren al establecimiento termal sin la garantía de una prescripcion facultativa, y dejándose guiar tan solo de sus propias inspiraciones ó del ejemplo alentador de algun amigo que sanó con diez baños tan solo, pero de una enfermedad distinta á la suya.

Damos cabida, á continuacion, al cuadro estadístico del movimiento de enfermos durante la temporada del año 1888, habiéndolo reducido de tal manera, que solo indique todo lo relativo al tratamiento termo-mineral y á los resultados obtenidos en los diferentes casos en que fué aplicado:

Cuadro del movimiento de enfermos en la temporada de 1888

ENFERMEDADES	TRATAMIENTO *Agua para baño*	Temperatura	Duracion	RESULTADOS Curaciones	Mejorias	Ineficacia	Defunciones	TOTAL
Sifilis	Indeterminada (sulfurosa)	37º cts.	15 mts.	54	21	5	1	81
Reumatismo	Salada y silicosa	40º »	20 »	38	17	4	—	59
Dispepsias	» y de Vichy al interior	38º »	15 »	21	10	1	—	32
Enfermed. cutaneas	Indeterminada pura	35º »	25 »	10	5	2	—	17
Gonorrea y leucorrea	» » é inyecciones	35º »	15 »	8	2	1	—	11
Anemia	Salada y silicosa	28º »	15 »	8	2	—	—	10
Gastro-enteritis	» y » de Vichy al interior	38º »	15 »	4	1	2	—	7
Endometritis crónica	Indeterminada pura	35º »	15 »	—	3	1	—	4
Sciatica	Salada y duchas a 40º c	40º »	20 »	3	—	—	—	3
Tuberculosis	» y silicosa	28º »	10 »	—	2	1	—	3
Laringitis catarral	» »	38º »	15 »	1	2	—	—	3
Hemiplegia	» »	37º »	15 »	—	2	1	—	3
Asma	» »	37º »	10 »	—	2	1	—	3
Otitis supurada	Indeterminada y jeringatorios	37º »	20 »	3	—	—	—	3
Catarro bronquial	» e inhalaciones	40º »	20 »	1	2	—	—	3
Ataxia locomotriz	Salada y ducha nasal	40º »	10 »	—	1	1	—	2
Histerismo	Indeterminada pura	28º »	15 »	—	2	—	—	2
Nefritis	» »	38º »	10 »	—	—	2	—	2
Aneurismas	» »	28º »	10 »	—	—	2	—	2
Alcoholismo	» »	28º »	15 »	—	—	2	—	2
Dismenorrea	» »	38º »	15 »	—	1	1	—	1
Amenorrea	Salada y silicosa	40º »	10 »			1	—	1
				151	75	27	1	254
Enfermedades diversas								20
Total de enfermos asistidos								274

Como se vé en el presente cuadro, mas que un trabajo estadístico detallado, es una recopilacion de observaciones mas ó menos numerosas de diversas afecciones dispuestas de manera que, á primera vista, puede valorarse la eficacia del tratamiento termo—mineral por los resultados obtenidos en cada una de las entidades patológicas que en él se indican.

Al estractar aquellas cifras del libro de estadística, hemos tenido naturalmente que suprimir todos los pormenores relativos á la edad, profesion, estado, nacionalidad y antecedentes morbosos de cada bañista, porque á pesar de la importancia de estos datos, su

publicacion nos habria llevado mas allá de los estrechos límites de una correspondencia.

Análogas supresiones se han hecho relativamente á la diversidad de formas y á los distintos períodos en que se presentaban las enfermedades en cada bañista, puen siendo el tratamiento termal el mismo que se aplicaba—con raras excepciones—á todas las modalidades que puede afectar cada estado morboso, no habia inconveniente alguno para el desempeño de nuestro cometido, en omitir la especificación de si los casos de sífilis por ejemplo, fueran secundarios ó terciarios y si los de reumatismos fueran muscular ó articular, desde el momento que la balneacion aconsejada era la misma para todas las variantes de cada afeccion.

Con el cuadro precedente hemos querido llevar al conocimiento de todos los facultativos, el grado de eficacia que tienen las termas del Rosario de la Frontera para ciertas y determinadas enfermedades, así como los insucesos para la inmensa mayoría de los padecimientos que no reclaman un tratamiento balneario.

No debe causar estrañeza los resultados favorables que se obtienen con aquellos baños aplicados á enfermedades tan distintas, como son el reumatismo, la sífilis, las dispepsias y las dermatosis, pues las fuentes del Rosario tienen algo que les es propio, único, puede decirse y que consiste en la variedad de sus aguas y elevacion de temperatura. Allí existen manantiales de aguas *indeterminadas*, segun la clasificación de Durand Fardel, y conocida en los baños con el nombre de sulfurosa, por el olor de sus vapores algo parecido al del ácido sulfihídrico; aguas *cloruro sódicas fuertes* (salada), *cloruro sódicas débiles* con algunos carbonatos alcalinos y ácido carbónico libre (llamada de Vichy); y finalmente, el agua silicosa, que es la de termalidad mas elevada, 94º cent.

Con esta variedad tan admirable de manantiales cuyas aguas nacen á pocos metros de distancia las unas de las otras y que sin embargo tienen gran diferencia en su composicion química, es fácil esplicarse el fenómeno por el cual en el Rosario de la Frontera se obtienen curaciones diversas é imposibles de alcanzarlas en los establecimientos europeos que tan solo cuentan con una sola clase de agua mineral.

Es sabido, por otra parte, que uno de los factores mas importantes de las aguas minerales como agente terapéutico, es la elevacion de su temperatura, y sin duda alguna las del Rosario de la Frontera se llevan la palma en materia de termalidad entre las fuentes esplotadas hasta hoy dia.

Hecha esta ligera reseña sobre las cuatro clases ó variedad de las aguas termo-minerales que figuran en nuestro cuadro, pasare-

mos á ocuparnos brevemente de cada una de las enfermedades en que ha sido posible reunir un crecido número de casos prácticos y de los cuales será fácil obtener algunas conclusiones.

La sífilis, á cuya marcha invasora en el seno de la sociedad y del individuo, es cada dia mas dificil oponer una barrera insalvable, ha sido la que ha proporcionado en el año 1888, como en todos los anteriores, el mayor contingente de bañistas enfermos al establecimiento.

Esta enfermedad es indudablemente una de las que son mas profundamente modificadas por una permanencia termal, hasta el punto de hacer desaparecer en pocos dias todas las manifestaciones externas de un padecimiento que si bien permanece latente esperando la primera oportunidad propia para su reaparicion, ha perdido seguramente el carácter afeante que tanto deprime el espíritu como destruye la materia, para devolver al paciente el ejercicio regular de todas las funciones orgánicas.

No se crea por esto que somos de los que piensan, arrastrados de un ciego entusiasmo, que las aguas termo-minerales tengan propiedades verdaderamente curativas para la sífilis: nó; tenemos medios poderosos para combatir sus efectos complejos y hasta para atenuarla, pero curarla radicalmente, es imposible. Las aguas minerales pueden destruir el follaje característico de las sífilis, pero desgraciadamente, su accion no alcanza al tallo de esta afeccion que, arraigada en el organismo, puede brotar de un momento á otro.

El agua usada para baño en todos los casos de sífilis ha sido con muy pocas excepciones la indeterminada—conocida como sulfurosa—por ser esta la mas indicada merced á su accion emoliente ó sedativa.

No existen en el Rosario las verdaderas fuentes sulfurosas que serian las especialmente indicadas para la enfermedad que nos ocupa, y sin embargo, los resultados obtenidos no pueden ser mas satisfactorios: 54 curaciones y 21 mejorias es un total de 81 enfermos. Esto se esplica perfectamente: en una estacion de baños hay siempre un conjunto de circunstancias imposible de reunir en otra parte; cambio de clima, aire puro de las montañas, distinto régimen de vida, abandono de las costumbres sedentarias que impone la enfermedad misma en los centros de poblacion, y finalmente, la ventajosa influencia que por su accion general y tópica ejercen estas aguas sobre todas las variedades de sifílides.

Es á este conjunto de excelentes condiciones higiénicas en que se coloca á cada uno de los enfermos que recurre á las termas del

Rosario de la Frontera, á lo que atribuimos muy especialmente los buenos resultados alcanzados.

Hemos podido observar casos notables de sifílides que cubrian literalmente toda la superficie cutánea y contra las cuales se habian empleado sucesivamente todos los preparados mercuriales con una ineficacia desesperante, y sin embargo, en los diez primeros dias de permanencia en los baños, las costras habian principiado á desprenderse dejando al descubierto una piel completamente sana, las ulceraciones tomaban buen color, marchando rápidamente á la cicatrizacion, y el estado general reponiéndose cada dia merced al apetito devorador que se apodera de cada enfermo, indicaban muy á las claras su próxima curacion.

La accion tópica, á la manera de una verdadera curacion, de las aguas indeterminadas sobre todos estos casos de accidentes secundarios, es de una utilidad verdaderamente importante, y así se explica el porqué de las curaciones de casi todos los sifilíticos que ingresaron en el segundo período de la enfermedad, y de la eficacia relativamente menor para los que llegaron en el tercer período, como pone de manifiesto el cuadrito que intercalamos á continuacion:

Cuadro de sifilíticos

Periodos de la enfermedad	TRATAMIENTO	RESULTADOS				TOTAL
		Curaciones	Mejorías	Ineficacia	Defuncion	
1er Período.....	Baño indeterminado...	5	—	—	—	5
2º »	» » ...	47	18	3	1	69
3º »	» » ...	2	3	2	—	7
		54	21	5	1	81

La inmensa mayoría de los enfermos de sífilis han sido, como se vé, pertenecientes al segundo período de la afeccion, y podemos asegurar que no habia uno que no tuviera algunas manifestaciones cutáneas mas o menos extensas.

Los tres casos de insuceso que figuran en el cuadro, pertenecen á bañistas que no permanecieron en el establecimiento arriba de tres dias, tiempo, como se comprende, demasiado corto para esperar resultado alguno.

El término medio de la permanencia en los baños de los afectados de sífilis ha sido de un mes, y no aconsejaríamos á ningun

enfermo de esta clase á emprender un viaje por un tiempo menor que el indicado.

Para afecciones de esta naturaleza no es posible prescribir una estacion balnearia de plazo fijo, pues las variedades individuales están por encima de toda regla; hay enfermos que sanan en quince dias, al paso que otros para curar de los mismos accidentes necesitan una estancia de dos meses.

La defuncion que figura en nuestros cuadros, y que ocurrió en el segundo período de la diatesis sifilítica, merece que nos detengamos un momento, por la enseñanza que nos ha dejado de la gran importancia que tiene para el enfermo el uso único y exclusivo de una clase determinada de agua mineral.

Un dia se nos presentó al consultorio el bañista X, anunciándonos que á semejanza de otros años, deseaba tomar unos siete ú ocho baños para combatir una antigua dispepsia y para cuyo objeto solicitaba el boleto respectivo.

Al interrogarlo sobre algunos antecedentes, pudimos notar ciertas manchas de carácter sospechoso en su frente, lo que nos indujo á investigar la existencia anterior de algun chancro infectante;—negativa absoluta: jamás habia tenido nada que permitiera creer en la posibilidad de una diatesis, y sin embargo, en el pecho se le veia la roseola característica. Lo clasificamos de pobre de espíritu y le prescribimos baño sulfuroso, es decir, indeterminado á 37° c. y 15 minutos de duracion.

Pero es el caso, que nuestro *dispéptico* creyó mas conveniente cambiar de agua, y tomar baños cloruro sódicos de fuerte mineralizacion y á la temperatura de 40° c. para *hacer brotar* lo que ya de por sí se presentaba, descubriéndolo de su vano intento.

A los cinco dias de su estadía en los baños, nos hizo llamar á su habitacion; su estado era verdaderamente lamentable: este pobre señor nos confesó de lleno su debilidad y error; habia conseguido efectivamente hacer *brotar* de tal manera su enfermedad, que no quedaba punto sano en su piel de la cabeza á los piés.

En el acto le establecimos el tratamiento específico por la vía gástrica y los baños que debió haber tomado desde el principio, haciendo los esfuerzos posibles por levantar un organismo que consumia la supuracion; desgraciadamente todo fué inútil: llegó la caquexia y una pequeña hemorragia concluyó con tan mísera existencia.

Antes y despues de este caso desgraciado, hemos sido opuestos á la costumbre de estimular por medio de los baños salados la aparicion, por parte de la piel, de los accidentes secundarios de una enfermedad cuyo virus no se conseguirá jamás eliminar, por me-

dio de la supuracion, para entrar en seguida á combatir estos accidentes con las aguas indeterminadas.

En todos los casos de sífilis, sea cual fuere su período, hemos empleado las aguas indeterminadas unidas á un régimen tónico y reparador, sin que por ello tengamos otros motivos que no sean de felicitacion.

Hemos de mencionar en obsequio de la verdad que, en algunos casos refractarios á la sola accion de las aguas minerales, se ha usado el jarabe de Gibert y especialmente en los de sífilis terciaria que han sido los mas rebeldes. Los efectos obtenidos por la accion combinada de estos dos agentes terapéuticos no han podido ser mas halagadores, á tal punto, que consideramos difícil que enfermo alguno, permaneciendo en los baños el tiempo necesario, deje de sanar por este medio.

Otra de las afecciones en que la experiencia nos aconseja el uso de las aguas termo-minerales del Rosario de la Frontera como poderoso factor para su curacion, es el reumatismo crónico.

De los 38 casos de curacion que se indican en el cuadro que venimos analizando, 28 son de reumatismo articular crónico y 10 de muscular.

Los 21 que tan solo figuran como mejorados, han sido, en su mayor parte, reumáticos inveterados con anquílosis y deformaciones articulares imposibles de subsanarse.

Entre los cinco casos en que el tratamiento termal ha sido completamente ineficaz, figuran tres enfermos que fueron recibidos en el período agudo del reumatismo. La teoría nos enseñaba que en este período de la enfermedad no debia emplearse el tratamiento que habíamos seguido para la forma crónica, pero cediendo á los deseos del paciente y á los nuestros propios de tener una experiencia más, accedimos en bañar estos enfermos bajo nuestra inspeccion inmediata.

Como era de esperarse, mientras el paciente permanece en el agua, experimenta una grata sensacion de bienestar, los dolores se mitigan ó desaparecen por completo y los miembros recuperan su libertad de accion, pero una vez fuera del baño y vuelto á la cama el enfermo, cambia el cuadro por completo: la enfermedad parece que reagudece y hay que desistir de nuevos ensayos.

No aconsejaremos nunca una permanencia termal á los reumáticos en los cuales la enfermedad no haya perdido por completo sus manifestaciones agudas, porque los resultados serian contraproducentes.

Las clases de aguas usadas para baño han sido con raras excepciones la salada y silicosa, buscando por una parte la accion es-

timulante, y por otra, su alta termalidad, en la que, como es sabido, estriba el gran poder curativo de las aguas minerales para la forma crónica de la afeccion que nos ocupa.

Los sciáticos de orígen reumático, curan admirablemente con este tratamiento. Tres casos hemos observado y todos han sido coronados del mejor éxito, con la única diferencia en el tratamiento que, á más del baño, han recibido duchas á 40° c. en todo el trayecto del nervio sciático.

El término medio de la estadía de los reumáticos en los baños ha sido de 22 dias.

Las dispepsias, son unos de los estados morbosos que mejor se curan en nuestros baños.

Así lo prueban 32 observaciones, entre las que habian dispepsias flatulentas, ácidas, de forma gastrálgica y de vómito dispépsico, que han sido completamente curadas unas y seguidas de mejoría otras.

El tratamiento seguido ha sido el mismo para todos los casos: agua para baño dotada de una fuerte mineralizacion á objeto de obtener una verdadera excitacion que estimule las funciones generales de un organismo deprimido por falta de asimilacion, y al interior el agua de Vichy, llamada así por tener una remota semejanza con el agua francesa de este misino nombre—que es una *cloruro-sódica débil,* con alguna cantidad de ácido carbónico libre y cuya eficacia está por encima de toda duda.

Siguen en órden decreciente las enfermedades de la piel que encuentran en las aguas indeterminadas su mejor agente terapéutico, pues es sabido que las fuertes mineralizaciones así como las temperaturas muy elevadas, están contraindicadas en el tratamiento de las dermatosis.

Las aguas indeterminadas puras, usadas bajo la forma de baño y á la temperatura de 35° c. tienen un rol doblemente importante: reblandecen y desprenden paulatinamente todos los cuerpos extraños que cubren la superficie del cuerpo, restituyendo á la piel sus propiedades normales á la vez que la dotan de una laxitud y suavidad característica.

Son estas propiedades las que nos han permitido obtener los buenos resultados que revela nuestro cuadro en el grupo de las enfermedades cutáneas. Los dos casos de insuceso allí marcados pertenecen á elefantiásicos.

No es posible fijar de antemano un término preciso para el tratamiento de estas afecciones, pero creemos que lo prudente es permanecer hasta la completa curacion, so pena de repetir la temporada en el año próximo.

Bien se comprende que todos los casos de anemia, leucorreas y gonorreas que en tesis general no son sinó la manifestacion local de un estado de debilidad orgánica, tienen que ser poderosamente influenciados con una estacion de baños en la que, debido á un conjunto de excelentes condiciones higiénicas, se restablece rápidamente la salud general del bañista.

Apoyan este raciocinio los ejemplos de curaciones y mejorías que dejamos anotados mas arriba.

No entraremos en mayores consideraciones; cada uno puede, observando el cuadro tantas veces citado, ver qué resultados se puede prometer en cada caso con una temporada de baños minerales.

Nuestro deseo ha sido poner de relieve el grupo de entidades morbosas entre las cuales tienen efectos verdaderamente curativos las termas del Rosario de la Frontera, publicando á título de comprobante los primeros datos estadísticos que sobre esta materia se verán entre nosotros. Si hemos alcanzado este objetivo nos consideramos satisfechos.

Al terminar, no hacemos una pública protesta de buena fé y sinceridad científica, limitándonos únicamente á hacer notar que, desde el corriente año hemos dejado de tener todo género de participacion en aquel establecimiento, y que, por lo tanto, al escribir estas líneas, no nos ha podido guiar otro móvil que el ya indicado.

Tucuman, Diciembre de 1889.

CLÍNICA DEL Dr. PIROVANO

LIGADURA DE LA ILIACA PRIMITIVA

Por Diógenes Decoud

Interno de la clinica quirúrgica

Las estadísticas quirúrgicas presentan muy raros casos de ligadura de la arteria ilíaca primitiva, no porque queden en el silencio, sinó porque es muy señalada la ocasion en que se presenta su oportunidad. En el Hospital de Clínicas de Buenos Aires, tan rico por la variedad de enfermedades en que la cirujía interviene, es seguramente la primera vez que esta operacion ha sido hecha con éxito.

Hasta hace algunos años, los resultados de esta ligadura eran casi constantemente fatales.

En la estadística antigua, Stephen Smith estudió y publicó 32 casos, de los cuales solo 6 curaciones; en cambio 26 muertos por hemorragia secundaria, peritonitis, erisipela, etc.—Syme, que realizó tan gran número de operaciones, no presenta sino un solo caso por aneurisma de la ilíaca externa, con éxito.

En una década que empieza en 1876, la cifra total de las ligaduras de la ilíaca primitiva practicada en Europa y Estados Unidos, segun la estadística levantada cuidadosamente por Delbet, no ha pasado de 12 casos, en los cuales se observan seis curaciones, debidas indudablemente al método antiséptico; de los otros seis, se cuentan dos muertos y cuatro amputaciones por gangrena,—resultado que por el momento puede considerarse como inmejorable en sí; pero en general, tanto esta ligadura como la ligadura de la ilíaca externa, siguen siendo las mas desastrosas de la cirujía moderna.

Este es al menos el resultado de la práctica en las clínicas europeas y lo que nos aseguran experimentados cirujanos en obras recientes. Pero en Buenos Aires, y por lo que se refiere á la ligadura de la ilíaca externa, la estadística de Pirovano presenta un resultado infinitamente superior. En 78 ligaduras diversas, de las cuales próximamente 10 corresponden á la ilíaca externa y una á la ilíaca primitiva, no tuvo en estas últimas sino un mal éxito, y eso fué durante su internado en el antiguo Hospital de Hombres, cuando las prácticas de la antisepsia listeriana aun no habian sido reveladas.

El gran peligro del tratamiento de las aneurismas por la ligadura, es la gangrena y la inflamacion del saco, sin contar los muchos y variados accidentes que se señalan por causa de la permanencia del saco. Por eso los autores alemanes, Billroth entre otros, prefieren los métodos de compresion. Leon Le Fort se inclina á ellos con predileccion, sin embargo de que salva toda opinion ecléctica, al declarar que el método debe variar segun la indicacion particular para cada caso. Con todo, el que actualmente tiende á predominar en el tratamiento de las aneurismas, es la cura radical, á la vez por la ligadura y la estirpacion del saco.

Pirovano no ha usado sino una vez la banda de Esmarch, con éxito, y como los resultados de su estadística no tienen igual, se limita á practicar invariablemente la ligadura de Anel, prévia compresion de la arteria durante algunos dias, para facilitar la circulacion colateral é impedir la gangrena.

En el caso reciente, á pesar de las circunstancias especiales del enfermo, ha procedido como antes, por la simple ligadura.

Tratábase de un individuo de buenos antecedentes, obrero robusto, jóven, no alcoholista ni sifilítico. Trabajaba en el Chaco en un obraje de maderas, y un dia, hace tres años, cayó desde lo alto de una pared de tres metros. Por los datos que da, sufrió una fractura del cuello del fémor, que lo postró en cama durante diez meses.

Cuando se levantó, notó bajo el arco de Falopio un tumor pulsátil, ligeramente doloroso, y poco á poco fueron desarrollándose los otros síntomas consiguientes del aneurisma: sensacion de hormigueo, hiperestesia, edema de las piernas, dificultad en la marcha. En Setiembre último, mientras trabajaba en los talleres de un ferrocarril en Buenos Aires, observó que el tumor, pequeño hasta entonces, aumentaba de volúmen. Los dolores se hicieron mas intensos, y á mediados de Noviembre, bruscamente, el tumor se ensanchó. La marcha se hizo imposible y fué traído en camilla al Hospital.

A primera vista el diagnóstico se imponia. El aneurisma difuso ocupaba todo el triángulo de Scarpa y se estendia hasta la espina ilíaca anterior y superior.

Estaba muy inflamado y edematoso. Las pulsaciones eran perceptibles en toda su extension.

La urgencia de la operacion era evidente, y se resolvió practicarla al dia siguiente. Se hizo una incision curvilínea á tres centímetros sobre el arco de Falopio, y una vez levantada la piel, se pudo observar cuánto se prolongaba sobre el ligamento la delgadísima pared del saco distendido. No se podia pensar en ligar la ilíaca externa. En prevision, se dispuso lo necesario para la compresion de la aorta, y el cirujano, en tanto, disecando cuidadosamente, llegó hasta la arteria. A pesar de su profundidad que hacia aun mayor la tumefaccion local, fué fácilmente ligada á un centímetro próximamente encima de la bifurcacion. El Dr. Pirovano se sirvió de una aguja de Cooper, perfeccionada, de tal modo que su estremidad curva era perpendicular á la parte recta, admirablemente dispuesta para el caso. La herida fué suturada con drenaje.

El tumor cesó de latir, pero la hemorragia secundaria era de temerse, y el Dr. Pirovano recomendó, en caso de que se produjera, la ligadura de la epigástrica, fuente principal de la circulacion colateral.

Al dia siguiente se presentaron accidentes que hicieron creer

momentáneamente en el fracaso de la operacion. Repentinamente la temperatura subió á 39 grados, el enfermo sintió náuseas, luego vómitos, dolor abdominal á la presion, pulso rápido, débil. Se le suministraron algunos centígramos de opio, y los síntomas desaparecieron á las pocas horas.

La herida habia ya cicatrizado y el tumor habia disminuido considerablemente, cuando doce dias despues de la operacion, empezaron á salir, por la abertura del tubo de drenaje los coágulos del saco roto. Pero la hemorragia secundaria no era mas de temerse, debido á que la circulacion colateral, lentamente restablecida, habia impedido primero la explosion inminente del saco inflamado, y dado lugar despues á la formacion definitiva del coágulo obturador.

La supuracion, sin embargo, no fué posible evitarla; no obstante, lentamente disminuyó y desapareció. En dos meses la curacion ha quedado terminada.

CONTRIBUCION

al diagnóstico de la fiebre amarilla*

Por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra

Médico del "Northern Dispensary" de la ciudad de Nueva York; socio correspondiente del Círculo Médico Argentino.
De la Academia Médico-quirúrgica Española de Madrid, etc., etc.

Parece á primera vista increible que despues de trescientos años que hace se está estudiando la fiebre amarilla, no pueda hallarse todavia en ninguna ciudad una docena de médicos que tengan la misma opinion respecto á su verdadera naturaleza y tratamiento. Aún en aquellos lugares en que esta enfermedad es endémica, y ha sido conocida por presentarse en una sucesion no interrumpida de mas de cien años, existe tambien diversidad de opinion entre sus prácticos. Probablemente no hay sociedad de medicina alguna que haya prestado tanta atencion á este asunto como la Academia de Ciencias Físicas y Naturales de la Habana:—un cuerpo científico sin pretensiones, lleno de buena fé y amor desinteresado á la ciencia;—con todo, creo que seria difícil hallar entre sus miembros

* Esta monografía fué escrita en inglés y leida por su autor ante la sociedad de medicina de la ciudad de Nueva Orleans.

media docena que sostengan exactamente la misma opinion con respecto á todas las fases de la fiebre amarilla.

La antigua máxima de Dutronlau, de que en esta enfermedad es preciso ver muchos casos á fin de poder juzgar correctamente, debe suplementarse agregando, que al mismo tiempo que se ven los enfermos es necesario tomar notas clínicas muy minuciosas á fin de formular un dictámen inteligente, pues todas las epidemias no presentan iguales caractéres, ni aun todos los casos de una epidemia precisamente los mismos síntomas. Hay epidemias tan malignas que el caer enfermo un individuo con dicha fiebre es casi seguro que es para morir, sea cual sea el tratamiento que se emplee, mientras que hay otras de un carácter tan benigno, que aún los diagnosticadores expertos confunden muchos casos con los de otras enfermedades que presentan síntomas muy análogos. La verdad es que un caso típico de fiebre amarilla, segun se halla descrito en los libros de texto, es muy raro: de aquí nace la dificultad del diagnóstico.

Basta ver unos cuantos enfermos atacados de fiebre amarilla para convencerse de que esta peligrosa enfermedad presenta constantemente dos períodos distintos. El primero es de poca duracion, sin que exceda por lo general de tres dias, y al que se denomina "período de reaccion"; el segundo es aquel en que se presenta la defervescencia y descomposicion de la sangre, que se le conoce con el nombre de "período de calma" y que varía en duracion desde unas cuantas horas hasta dos semanas, segun sea la forma y el carácter de la epidemia reinante. Cuando la enfermedad hace felizmente toda su evolucion en el primer período, el segundo se manifiesta tan solo de una manera casi imperceptible durante la convalecencia. Mientras con mas rapidez se sucedan el uno al otro, mas peligroso será el caso, y vice-versa.

En los lugares en que la fiebre amarilla es endémica, el carácter que presenta al hacer su aparicion decisiva en el verano depende de las condiciones telúricas, climatológicas é higiénicas de dichos lugares, especialmente la velocidad y direccion de los vientos prevalentes en esa época del año. Merece nuestra atencion, por lo que se refiere á este asunto, la explicacion que dá Hipócrates de las llamadas "constelaciones médicas", ó conflictos atmoféricos, como la causa patogénica de las enfermedades epidémicas—un *quid occultum* que se desarrolla en la atmósfera de ciertos focos de infeccion, como la suma total de una serie de coeficientes.

Cuando se presenta la fiebre amarilla sin complicacion de ninguna otra enfermedad, podemos dividirla convenientemente en

tres formas distintas: *efémera, adinámica* y *atáxica*. En la primera los enfermos sufren los prodromos generales de la enfermedad — fiebre, dolor de cabeza, espalda y piernas, náuseas, desconsuelo epigástrico y gran sensibilidad á la presion, etc;—pero la fiebre no pasa de 103° F., y dura solamente dos ó tres dias; por rareza se presenta el vómito, y cuando esto sucede es de carácter bilioso; la mente se halla despejada, y en todo el sistema nervioso no se nota otra alteracion que la expresion de ansiedad en el semblante. Esta forma de fiebre amarilla es la afeccion que mas se asemeja á la fiebre biliosa remitente, y en los lugares en que el vómito negro es endémico constituye la llamada "fiebre de aclimatacion", de la que los enfermos por lo general se curan á los seis ó siete dias.

En la forma adinámica predominan todos los síntomas de la descomposicion de la sangre. Siempre se presenta de una manera súbita, iniciada por un escalofrío que siente el enfermo en el espacio de tiempo comprendido entre las seis de la tarde y las seis de la mañana, seguido de una fiebre que pasa de 103° F., acompañada de una sensacion de peso en la cabeza además de cefalalgia: en la region lumbar existe un dolor que se estiende por la cintura, y que la hace sentir como si estuviera comprimida por un cinturon; se percibe distintamente el borborigmo en la fosa iliaca derecha; la cara y el pecho han adquirido un color parecido al de la caoba; la lengua un tanto saburrosa, roja en la punta y en los bordes; constipacion en los intestinos; la orina disminuida en cantidad, de un color muy subido y albuminosa; la esclerótica tiene un tinte ictérico en la parte cubierta por el párpado inferior, desde el primer dia del ataque; sin hacer mucho esfuerzo el paciente arroja el «vómito negro», ó sea sangre alterada en su composicion, á pesar de que este síntoma no tiene en esas formas de la fiebre amarilla, la gran importancía patognomónica que generalmente se le atribuye, y mas adelante diré el porqué. Los síntomas febriles aumentan al acercarse la noche, y disminuyen en las primeras horas de la mañana; pero la remision verdadera no se presenta hasta el tercer dia. Esta forma es siempre grave, y cuando el enfermo sucumbe durante el segundo período de la enfermedad, es por lo general del séptimo dia al décimo cuarto.

En la forma atáxica predomina la depresion nerviosa; es siempre de un carácter muy grave y de curso rápido; el segundo período sigue casi inmediatamente al primero, dando así orígen á los casos fulminantes de tan solo cuarenta y ocho horas de duracion, muy frecuentes en Veracruz, y conocidos de los médicos franceses con el nombre de «*coup de barre*» ó golpe de barra, á causa del dolor

intenso y repentino que experimenta el paciente á través de los lomos. En esta forma siempre se presenta el «vómito negro», y á veces hay otras hemorragias que proceden de distintos lugares; existe el desasosiego, el delirio, algunas ocasiones el hipo y la fotofobia; de vez en cuando la amaurosis, la iscuria, y finalmente el colapso ó convulsiones. Por lo comun la muerte tiene lugar el cuarto ó el quinto dia. Es de buen augurio si el enfermo pasa del séptimo dia.

La fiebre amarilla, sin embargo, no presenta cada vez que hace su aparicion, ni en todas las localidades, el mismo grupo de síntomas, pues no solamente la constitucion del individuo y las variaciones que sufre su estado normal ejercen en cada caso particular una influencia modificadora, sinó que tambien influyen en ello las condiciones meteorológicas y las enfermedades reinantes en esa época del año. No obstante, el reconocimiento de esta temible enfermedad, hablando en términos generales, es fácil.

Cuando quiera que, durante el verano en los países templados, seamos llamados para ver á un individuo que ha caído repentinamente enfermo con un paroxismo de enfriamiento, que tuvo lugar cuando el sol habia desaparecido del horizonte, y fué seguido de una fiebre rápidamente creciente (102°, 103°, 104°, F.), acompañada de dolores de cabeza, espalda y piernas; rubificada la faz con una expresion ansiosa, los ojos brillantes, inyectados y acuosos; la respiracion acelerada; el estómago muy irritable, gran desasosiego epigástrico y extrema sensibilidad á la presion, náusea y anorexia; la lengua húmeda, un tanto saburrosa y á veces rojiza en la punta y en los bordes, pero por lo demás en estado natural; constipados los intestinos, gorgotéo en la fosa iliaca derecha; escasa la orina, de un color mas oscuro que el natural y albuminosa; debilidad muscular en todo el cuerpo; el pulso rápido, fuerte, tendido, algunas veces dicrótico, de 90 á 120 pulsaciones por minuto; la piel caliente, seca y áspera, y todo esto sin que el enfermo haya sufrido antes un ataque del "vómito negro", podemos decir entonces sin vacilacion que es un caso incipiente de fiebre amarilla.

PECULIARIDADES DE LOS SÍNTOMAS GENERALES

Apariencia de la cara y de los ojos—Además de la hiperémia de la faz y de la conjuntiva y la expresion ansiosa del semblante, existe siempre una coloracion parecida á la de la caoba en la piel que cubre la frente, las sienes, las alas de la nariz, las mejillas y algunas veces los lados del cuello y la parte del frente del pecho.

A esta coloracion la llaman algunos autores "la máscara" de la fiebre amarilla.

En una elaborada monografía del Dr. D. Juan Santos Fernandez, de la Habana, sobre la pérdida de la vista en la fiebre amarilla, traducida por mí al inglés del original español,* ese distinguido oculista llama la atencion hácia la hiperémia de los ojos y la dilatacion de la pupila, que en algunos casos se halla tan marcada que da al semblante una expresion vaga é indefinida, muy parecida á la que asume el rostro del borracho. En el segundo período de la enfermedad el color rosado y la brillantez de los ojos disminuyen, y la rubicundez de su cubierta tegumentaria se transforma, adquiriendo un tinte ictérico varias horas antes que pueda notarse la descolorizacion de la piel. Algunos prácticos pretenden que existe una relacion directa entre la intensidad del colorido de la conjuntiva y la gravedad del ataque, y otros, mas correctamente, segun mi criterio, basan el diagnóstico diferencial entre la fiebre amarilla y las fiebres palúdicas, en que en estas últimas no existe la hiperémia de la conjuntiva.

Pulso y temperatura.—La accion del corazon y el estado de la sangre y de las arterias en el primer período de la fiebre amarilla, segun lo revela el pulso, son señales sintomáticas de engurjitamiento pulmonar, y esta repentina afluencia de sangre en los pulmones es debida, en mi concepto, á la obstruccion que sufre la corriente sanguínea en la vena porta á consecuencia del desarreglo funcional del hígado. Durante los primeros dos dias de la enfermedad el pulso es acelerado, con 90 á 110 pulsaciones por minuto, lleno y resistente; pero al principio del cuarto dia cambia por completo: si el enfermo realmente entra en convalecencia, por ser un ataque benigno, el pulso es blando, rítmico y natural; mas si esta remision engañosa de los síntomas febriles es únicamente la transicion del primer período al segundo, el pulso presenta entonces una marcada tendencia á desaparecer, latiendo pausadamente, y como si fuera una hebra de hilo, unas 45 veces por minuto, en algunos casos menos, cuando el ataque es de mucha gravedad.

Con arreglo á la temperatura en la fiebre amarilla, me es grato hacer referencia á las valiosas observaciones del Dr. José Jones, de Nueva Orleans,** en las que manifiesta como resultado de su

---

* Se publicó en esta ciudad de Nueva York en *Knapp's Archives of Ophtalmology*, vol. X, nº. 4. Diciembre de 1881.

** *American Practitioner*, Setiembre 1873, y citadas en el *Nouveau Dictionnaire de Médécine et de Chirurgie.*

estudio que la elevacion máxima de la temperatura tiene lugar durante los tres primeros dias de la enfermedad, en los que varía desde 102° F., y suele llegar hasta 110° F.; del tercero al quinto dia disminuye sin cesar, y baja hasta lo normal, ó más aún, para volver á subir en algunos casos fatales en el período de colapso, aunque sin embargo nunca vuelve á elevarse tanto como es característico en el primer período.

Dolor de cabeza.—La cefalalgia de la fiebre amarilla es agravante y astrictiva, pero como regla general nunca pulsátil. Su principal signo característico es el lugar en que se sitúa, el cual es sobre los ojos, y parece afectar todos los músculos del aparato ocular, inervados por el tercer par de nervios craneales, principalmente el músculo recto interno. Cualquier movimiento del globo ocular, ó una ligera presion sobre los párpados, cuando se hallan cerrados, produce gran molestia.

Dolor en la espalda y en las piernas.—El lugar en que se presenta el dolor de espalda es en la region lumbar, y parece como si se difundiera partiendo del plexo renal. El dolor en las piernas se halla localizado en la parte superior de la pantorrilla, cerca del hueco de la corva, y en los casos graves sigue el curso del gran nervio ciático, sintiendo el enfermo algunas veces el dolor en el pubis unas veinte y cuatro horas antes de la muerte.

El vómito negro.—Las hemorragias de la fiebre amarilla se presentan siempre en el segundo período, excepto en los casos fulminantes denominados "de golpe de barra", pertenecientes á la forma atáxica, en que los dos períodos se hallan íntimamente enlazados en uno. La sangre tiene un carácter viscoso, es mas fluida de lo natural, y muy poco ó nada coagulable debido á la pérdida de fibrina; trasuda por la membrana mucosa de la boca, la de la nariz, quizás tambien por la del ano ó la de la vagina, y hay veces que sale á través de los oídos y de los ojos.

Suelen presentarse algunos casos en las epidemias de las formas efémera y adinámica, en que este mal llamado «síntoma patognomónico inequívoco» no se manifiesta, y por eso es que he llamado antes la atención hácia este particular. Es cierto que el paciente vomita en esos casos, ya sea espontáneamente ó provocado el vómito por algo que haya caído en el estómago; pero la materia arrojada posee un gusto amargo, segun dice el enfermo, y al inspeccionarla descubrimos que tiene toda la apariencia de una mezcla de dos sustancias, biliosa y mucosa; mas por ningun concepto el aspecto característico de borras de café del verdadero vómito negro.

Este se presenta siempre en la forma atáxica, ni muy abundante ni con mucha frecuencia, y por lo general una ó dos veces al dia únicamente. Resulta algunas ocasiones que en el instante mismo de la muerte el enfermo tiene un paroxismo de vómito de sangre descompuesta, y luego cae exánime.

La orina—La gran peculiaridad de esta secrecion es su invariable reaccion ácida. Otra señal diagnóstica característica de la orina y que todos conocemos, es la existencia en ellas de la albúmina, que segun el Dr. Vidaillet* puede demostrarse desde las veinte y cuatro horas despues de presentarse la enfermedad, echando unos cuatos gramos en un tubo de ensayo, y dejando correr por la parte interior de éste cinco ó seis gotas de ácido nítrico. Inmediatamente aparecerá una zona blanquecina separando la columna de orina en dos partes, la de arriba conservando su apariencia primitiva, mientras que la de abajo asume un tinte rojizo. El Dr. Vidaillet llama á esta zona opalina «el anillo premonitorio», y asegura que infaliblemente se forma en la orina de todos los atacados de fiebre amarilla durante el segundo y tercero días de la enfermedad, y nunca en el segundo período, pues entonces la columna del líquido urinario se divide en dos porciones distintas, sin zona alguna intermedia, al echarle el ácido nítrico á pesar de que se haga con muchísimo cuidado. El anillo premonitorio es soluble en un exceso de ácido.

En los casos graves, cuando la cantidad de albúmina ha ido constantemente en aumento, se hallará que la orina contiene células epiteliales y bilis; pero durante el primero y segundo dias de la enfermedad, será imposible encontrar moldes de los tubos uriníferos ni epitélio de células pavimentosas.

223 West 10th street.

Nueva York, Diciembre de 1889.

Tratamiento de la Influenza segun sus diversas formas

Por el Doctor Henri Huchard

Médico del Hospital Bichat (Paris)

En todas las epidemias de grippe—y las hay fatales—uno de los principales caracteres clínicos de la enfermedad es la *adinamia* nerviosa. Es contra ella que deben dirigirse todos los esfuer-

* *Archives de Médecine Navale.*

zos de la terapéutica, y por esto debe prescribirse desde el primer momento, preparaciones de quina, bebidas alcohólicas, la pocion de Todd, la pocion cordial. Cuando la postracion de fuerzas es acentuada, y en los casos graves, las inyecciones de cafeina y éter están indicadas.

La quinina debe darse durante la mayor parte del tiempo en esta enfermedad, en razon de su tipo febril francamente remitente. En este caso, para calmar las exacerbaciones febriles vesperales, se prescribe de golpe, por la mañana, una buena dósis de quinina; por ejemplo, 0.50 centígramos, ó 1 gramo de sulfato ó bromhidrato de quinina. Si la fiebre no baja sensiblemente, hay que agregar á la dósis de la mañana, un gramo de antipirina, por la noche.

Cuando se quiere prescribir la quinina, no á título de febrífugo, sinó como medicamento *tónico*, hay que recetar pequeñas dósis, á menudo repetidas,—lo cual demuestra una vez mas que, en un medicamento hay varios medicamentos, y que se puede modificar la accion de un remedio, variando su modo de administracion.

He aquí la fórmula que se puede emplear:

Sulfato de quinina, 2 gramos
Para 20 sellos.

A tomar 4 por dia, con 4 horas de intervalo.

Cuando la grippe afecta la forma *neurálgica* ó *reumatoide*, y que se manifiesta por dolores múltiples y diversos, se puede recurrrir á la *antipirina*, á la que debe adicionarse el bicarbonato de soda para asegurar la tolerancia gástrica:

Antipirina 10 gramos
Bicarbonato de soda · 5 »
En 10 sellos.

Un sello 2 ó 3 veces por dia, con 4 horas de intervalo, en un poco de agua azucarada. (La antipirina puede ser tomada en la comida, ó antes ó despues).

Se puede reemplazar la antipirina por la *fenacetina* (0.50 centígramos en sellos, dos ó tres veces por dia, ó bien el *salol*, y que me ha dado buen resultado, con arreglo á esta fórmula:

Salol 5 gramos
Para 10 sellos,—5 al dia.

La grippe afecta mas á menudo la forma *bronco-pulmonar*, y en algunos casos es muy grave. Es así que en la epidemia de 1886, las pulmonías gripales tuvieron un carácter adinámico muy señalado. Entonces debe administrarse los tónicos, y hay que alimentar á los enfermos principalmente con leche, que asegura y aumenta la diuresis, y que facilita la eliminacion de los materiales de desasimilacion en exceso en el organismo.

El alcohol, la leche, las ventosas secas, y la quinina administrados como tónicos, pueden bastar en los casos ordinarios; jamás debe olvidarse que el tratamiento general tiene la mayor importancia contra esas pulmonías gripales, que, mas que cualquiera otra, merecen el nombre de *enfermedades generales localizadas*. Esta es la razon por la cual deben ser proscritos los vejigatorios, porque son inútiles contra la lesion local, y dañosos para el estado general.

Pero otras indicaciones se imponen. Las tendencias adinámicas de la enfermedad impiden ordinariamente el empleo de las emisiones sanguíneas. Sin embargo, á veces la dispnea adquiere proporciones alarmantes con lesiones en apariencia poco extensas, y Graves ha ligado estos accidentes á una especie de «parálisis pulmonar». En este caso se puede recurrir á la estrignina á la dosis de 2 á 3 gránulos de 1 milígramo por dia.

Cuando en estas pulmonías gripales, la asfixia es inminente, una sangría general puede detener la marcha de los accidentes. Por lo demás, la naturaleza de esta dispnea, es diferente segun los casos, y cuando la grippe se complica de una manifestacion renal, la dispnea de ciertos neumónicos puede ser debida á la uremia. Entonces una sangría de 200 ó 300 gramos, puede producir, no solamente una gran mejoría, sinó tambien la curacion. Pero cuando en las pulmonías gripales, la adinamia se vuelve un peligro, no hay que vacilar en hacer inyecciones hipodérmicas de éter, y sobre todo de cafeina, cuya poderosa eficacia he demostrado anteriormente. En sus lecciones sobre las *Pirexías pneumónicas* (1886), Grosset confirmó mis ideas á este respecto, y alaba los buenos efectos de las inyecciones caféicas, á dosis elevadas y repetidas, recomendando además el empleo de la ergotina á la dosis de 1 á 2 gramos por dia.

En la grippe *gastro-intestinal*, hay que emplear purgantes lije-

ros (aceite de castor, calomelano, limonada purgante), y cuando los vomitivos ó los espectorantes están indicados, no emplear jamás el tártaro estibiado, sinó la ipeca, que no tiene la accion adinamizante del primero de estos.

En fin, no hay que olvidar la antisépsia intestinal con las preparaciones de salicilato de bismuto ó de magnesia, naftol, iodoformo, etc.

Paris, Diciembre 1889.

BIBLIOGRAFIA

Breves consideraciones higiénicas sobre la ciudad de Mendoza.
Por el Dr. José A. Salas

Saludamos al nuevo obrero del progreso médico argentino, *Dr. José Antonio Salas*, que con un interesante estudio sobre la higiene de la ciudad de Mendoza nos ha hecho conocer bajo importante faz aquella hermosa porcion de la region andina.

Las grandes cuestiones relativas á la salubridad urbana son aquí tratadas con erudicion y buen criterio, sin dejarse el autor llevar por consideraciones que no sean otras que la verdad bien comprobada.

Estos estudios, destinados á investigar los medios y condiciones de vida y desarrollo de nuestras agrupaciones, tienen el mas alto significado para nosotros, no solo porque ellos revelan que el espíritu de observacion se despierta felizmente, sino tambien por los resultados prácticos que producen aconsejando reformas saludables, proclamando sanas aspiraciones, dando consejos prudentes para beneficiar á todos y enseñando con el ejemplo que ofrece la esperiencia.

El libro del Dr. Salas es una buena promesa por cuanto su accion estimulante no tardará en hacerse sentir, promoviendo nuevas investigaciones en otras ciudades de la República, con lo cual vendríamos al conocimiento exacto de la higiene del país entero.

Un hecho cierto, incontrastable, pone de manifiesto la obra que

nos ocupa: la ciudad de Mendoza se encuentra en muy malas condiciones de higiene, y el Dr. Salas dice muy claro en su breve esplicacion preliminar que: «no ha habido hasta hoy quien se inte-«rese de una manera eficaz por el bien del pueblo, revelándole «los enormes bienes que pudiera reportarle el aseo y saneamiento «de la ciudad, como la abolicion de ciertos hábitos perjudiciales á «la salud.»

En apoyo de esto vienen las cifras de mortalidad siempre en aumento.

Ahí está la estadística con su inflexible filosofia, que nadie pretenderá desvirtuar.

Consideradas en conjunto las causas que en Mendoza están obrando en el sentido funesto de acrecentar la mortalidad anual, dice el Dr. Salas, me asiste la persuacion de que no hay ninguna mas poderosa, ni mas fácil á la vez de remediar, que la que reside en el mal sistema de irrigacion de la ciudad, que como médico, como argentino y como vecino agradecido, no me cansaré de señalar como principal engendro y funesto propagador de mayor número de las enfermedades que por hoy constituyen la parte mas triste y devastadora de nuestras miserias sociales.

En cuanto á las aguas de consumo, los datos del autor no pueden ser mas concluyentes ni desconsoladores.

El agua que se bebe en Mendoza procede del rio del mismo nombre y llega á las casas por cañerías, y por acequías ó canales. Solo 1,083 casas reciben aguas corrientes por caños; el resto de la poblacion se surte de las acequías que pasan por la calle, debajo de la vereda, y que solo está destinada á regar los árboles que tan bien hermosean las avenidas y calles de la ciudad, pero que la gente del pueblo se vé obligada á emplear por carecer de otra mejor. Los sérios inconvenientes que tienen estas acequías son severamente condenados por el Dr. Salas, con estas palabras:

La mas poderosa de las causas de la infeccion del suelo de la ciudad, reside en las aguas putrefactas que absorbe constantemente; el mayor número de los gases irrespirables que sobrecargan el aire que se respira, es originado por putrefacciones de restos vegetales y orgánicos que han sido humedecidos por las aguas que conducen las acequías y que entran á descomponerse por la accion combinada del calor y la humedad.

Y como si no fuera bastante con la putrefaccion de los resíduos vegetales, hay que agregar todavia la accion de las inmundicias procedentes del interior de las casas y de las calles públicas, todo lo cual circula por las acequías.

En cambio, las condiciones naturales de Mendoza, ofrecen muchas ventajas para los atacados de asma, tuberculosis, bronquitis, reumatismo, gota, sífilis, dispepsia y otras enfermedades.

Si aprovechando estas buenas condiciones naturales, los gobiernos se preocuparan de la higiene urbana, practicando las obras de saneamiento necesarias, se haria de Mendoza un hermoso sitio de recreo á la vez que seria ella una estacion importante para los enfermos. Pero, mientras continúen las cosas como hasta hoy, abandonando por completo la higiene, se inutilizarán elementos valiosos en detrimento de todos.

El aumento de la mortalidad es un problema que exije la meditacion de todos, y en particular, del gobierno.

Lóndres, Berlin y Roma han disminuido su mortalidad mediante las obras de saneamiento que allí se han hecho.

París ha reducido la estadística de la fiebre tifoidea, tan solo con los cuidados higiénicos y los trabajos de salubridad ejecutados en ciertos barrios. La misma enfermedad ha hecho antes estragos en Florencia, y hoy, esta ciudad en mejores condiciones de higiene, ha visto su estadística mortuoria muy reducida.

Otro tanto puede decirse de Viena.

¿Porqué no introducir en nuestras ciudades las prácticas é innovaciones de otra parte, reconocidas como buenas?

Es esto solo lo que se pide en nombre de la higiene.

Hoy se sabe bien, y así lo ha proclamado el último Congreso Internacional de Higiene, reunido en París, «que es el suelo el gran receptáculo de los microbios patógenos provenientes de los esgarros, materias vomitadas, materias fecales, orinas; ciertos microbios patógenos, son habitantes ordinarios del suelo, tales como el vibrion séptico, el bacilus del tétano; y otros no se muestran sino accidentalmente, tales, por ejemplo, como el bacilus del carbunclo, del cólera, de la fiebre tifoidea, de la tuberculosis.

Dispuestos en la superficie del suelo, son arrastrados por las aguas hácia la profundidad; su progresion es funcion de la permeabilidad del terreno, segun Grancher.

Estas solas palabras bastan para revelar la inmensa importancia del suelo en sus relaciones con la salubridad de la poblacion.

El número de letrinas y sumideros de Mendoza es muy crecido; son pocos los provistos de un buen sistema de ventilacion; y en lo que se refiere á las primeras, no existe en toda la ciudad una sola de sistema divisor, ni mucho menos, que el pozo esté revestido con cemento Portland. « Conviene además tener presente que son mas de treinta mil personas las que forman esta poblacion en que existen 2,300 edificios con letrinas y sumideros casi todos, y que en algunos se han instalado talleres de industrias si no insalubres, por lo menos capaces con sus desperdicios de contaminar la tierra. »

Agréguese á esto, que por su naturaleza y elevacion (700 metros sobre el nivel del mar) el suelo de Mendoza favorece el desarrallo del bocio, fiebre tifoidea, vértigos, reumatismo articular, afecciones del corazon, hemorragias, ateroemas, diarrea, segun lo ha observado el Dr. Salas en el hospital San Antonio, de aquella ciudad.

Hoy está probado que las aguas trasmiten los gérmenes de muchas enfermedades infecciosas; y Mendoza está al respecto, en muy buenas condiciones para ser teatro de epidemias, como desgraciadamente lo fué del cólera en 1886.

El libro del Dr. Salas, importante por muchos conceptos, forma el mas grave proceso de la falta de salubridad de Mendoza.

Es urgente, es indispensable, hacer cesar el sistema actual de provision de aguas; no consulta la higiene, y conspira contra la salud pública.

Proveer de buena agua, y dar salida á las inmundicias, he ahí el problema para Mendoza; he ahí tambien el primer deber de su gobierno.

Repetimos que el libro del Dr. José A. Salas está inspirado en las sanas prácticas aconsejadas por los mas notables higienistas; y animado del deseo de ver transformada la ciudad de Mendoza.

Al efecto, es necesario trabajar, perseverar en la lucha hasta ver el triunfo.

El Dr. Salas lo conseguirá, no lo dudamos, y Mendoza le deberá la mas fecunda y poderosa iniciativa en favor de su bienestar.

S. G.

NECROLOGIA

El profesor Damaschino—La facultad de medicina de París, acaba de perder á su distinguido profesor de patología interna Dr. Damaschino.

Este profesor era una notable autoridad científica, y sus trabajos sobre las enfermedades del aparato digestivo han alcanzado justa fama, dando á su nombre merecido lustre.

Ha fallecido recientemente Domingo Genta, alumno de 6° año de medicina y practicante del consultorio de clínica médica del Círculo Médico Argentino.

FORMULARIO

Tratamiento de la Influenza

El Dr. Grasset, de Montpellier, recomienda esta fórmula:

R.	Antipirina	2	gramos.
	Tintura de acónito	12	gotas.
	Jarabe de azahar	30	gramos.
	Agua de tilo	90	»

A tomar por cucharadas cada 2 horas, alternando con leche caliente. Al principio de la enfermedad vomitivos; al fin, purgantes.

Tratamiento del prurito vulvar

Acido fénico	1	gramo	30
Tintura de opio	15	»	
Acido hidrociánico	7	»	50
Glicerina	15	»	
Agua destilada	120	»	

M—Lociones.

Píldoras contra las hemoptisis

Iodoformo	0 gr. 05 centígramos.
Extracto de genciana	c. s.

para una píldora; se puede agregar, si se cree útil, 10 centígramos de tanino por píldora. Tomar 3 ó 5 píldoras en las 24 horas. El iodoformo, segun Chauvin y Jorissene, dá buenos resultados en casos en que la ergotina ha sido administrada sin éxito.

Dentífrico antiséptico á la sacarina

Sacarina	1 gramo.
Bicarbonato de soda	0 gr. 50 centíg.
Alcohol á 60°	100 »
Esencia de menta	1 gota.
Solucion concentrada de cochinilla	3 gotas.

Mézclese.—Una cucharada de las de café en medio vaso de agua. Si el gusto de la sacarina fuera desagradable, puede agregarse un poco de sulfato de quinina.

Tratamiento del coriza

Al principio, Morell-Mackenzie, aconseja:

Sulfato de morfina	0 gr. 12 centíg.
Subnitrato de bismuto	3 » 50 »

Tomar por narigadas en 24 horas.

Para impedir la bronquitis, el mismo autor prescribe:

Extracto de beleño	0 gr. 20 centígr.
Polvo de acónito	0 gr. 20 »
Calomel	0 gr. 5 »
Polvo de ipeca	0 gr. 5 »

para dos píldoras que se tomarán en la tarde. Al dia siguiente, en ayunas, un purgante de tartrato de soda y sen.

Tratamiento del herpes tonsurante

Potasa caústica	4	gramos
Acido fénico	2	»
Lanolina	90	»
Manteca de cacao	90	»

Aplicaciones mañana y tarde.

Segun Harrison, autor de la anterior fórmula, la falta de resultados en el tratamiento de esta enfermedad, es debida á la no penetracion del principio medicamentoso en el bulbo piloso. Este inconveniente se salva con la fórmula arriba indicada.

Relacion de las obras donadas á la Biblioteca del Círculo Médico Argentino en el mes de Enero de 1890.

Donacion del Dr. José M. Ramos Mejia

G. Norotrom—Tratado teórico y práctico de Masage.
W. Rodriguez de la Torre—El cráneo y la locura.
W. Huggins—Análisis espectral de los cuerpos celestes.
A. Eloire—Etiología del carbon.
C. Lombroso—El Hombre de génio.
G. de Caudemberg—Medios de impedir la propagacion del cólera.
Vitteaut—La enseñanza médica en París.
C. Rocicher—Del servicio de la farmacia militar.
C. Malbran—Tésis sobre la Patogenía del cólera.
A. Uitterhoeven—El Hospital San Juan de Bruselas.
J. Schatz—Estudio sobre los Hospitales.
Blandot—Asamblea Nacional de Higiene y medicina pública.
Sanzillotti—Anatomía del Hombre.
B. Tylor—Antropología.
J. Schmitt—Microbios y enfermedades.
A. Guillemin—Fenómenos de la Física.
Paulier—Terapéutica y Farmacología.
A. Garcia Lopez—Medicina Homeopática.
A. Suton—Inyecciones subcutáneas.
E. Picard—Enfermedades de la próstata.
M. Joulin—Arte de los Partos.
R. Virchow—Patología celular.
J. A. Fort—Tratado de Histología.

Ch. Abadie—Enfermedades de los ojos.
A. Guillemin—Astronomía.
P. Duchatelet—La Prostitucion en París.
Jules Loiseleur—Los crímenes y las penas en la antigüedad y en los tiempos modernos.

Labaig y Leonés—Hopitales civiles y militares.
P. Guttmann—Tratado de diagnóstico.
A. Pellarin—Contagio del cólera.
E. Guibout—Enfermedades de la piel.
F. Poletti—El hombre delincuente.
Bouchardat—Anuario Terapéutico (años 1874—79—84—85—86.)
Spillman—Diagnóstico Médico.
M. Grannier—Diccionario de Medicina Homeopática (2 tomos.)
E. Mouton—La Fisonomía comparada.
Ch. Robin—Tratado del microscopio.
Hebray Kaposi—Enfermedades de la piel (2 tomos.)
M. Rosenthal—Enfermedades del sistema nervioso.
J. Grasset—Enfermedades del sistema nervioso.
O. Tardieu—Envenenamientos.
A. Cadet—La cremacion.
Comité de Higiene Pública de Francia (4 tomos.)

Gorgias—Arte de la palabra oratoria.
B. Anger—Elementos de anatomía quirúrgica.
A. Bobierre—Química agrícola.
M. Joulin—Arte de los Partos.
Beaunis—Fisiología humana (2 tomos.)
Martell—Muerte aparente en los recien nacidos.
Doujardin Beaumetz—Lecciones de clínica terapéutica (1882—83.)

Bonnafont—Ambulancias.
Rawson—Higiene internacional.
Jarjavay—Estudios del sistema venoso.
Rawson—Casas de inquilinato en Buenos Aires.
Paul Bert—El cólera.
Congreso Nacional de veterinarios de Francia.
E. Fournier—Laringoscopo.
Jules Moret—Manifestaciones sifilíticas en la mujer en cinta.
L. Corral—Noticias sobre las Triquinas.
Bufalini—Asistencia sanitaria en la ciudad y campaña.
Anales de ciencias médicas (año de 1887.)

R. Garófalo—Criminología.
C. Livon—Manual de vivisecciones.
M. A. Pelliza—El argentino.
M. A. Pelliza—El país de las Pampas.
A. Peyret—Una visita á las colonias argentinas.
Latzina—La agricultura en la República Argentina.

E. S. Zeballos—A través de las cabañas.
E. Daireaux—Seis folletos sobre la República Argentina.

Donacion del Sr. Félix Lajouane

Erichsen—Cirujía, 4 volúmenes.
Jaccoud—Clínica 1884 y 85, 2 volúmenes.
Anales de ciencias médicas, 2 volúmenes.
Ameghino—Filogenia.
Spehl—Exploration clinique.
Morel—Histología, 2 volúmenes.
Bardet—Comptes-rendus du laboratoire.
Actes du premier congrès d'anthropologie.
Guéneau—Clinique, 2 volúmenes.
Gallard—Maladies des ovaires.
Guermomprez—Hipnotismo.
Gelle—L'óreille.
Gubler—Conmentaires de Thérapeutique.
Sarmiento—Vida de Muñiz.
Drago—Los hombres de presa.
R. de la Torre—Espiritismo y locura.
Glatz—Hydrotherapie.
Onimus—Electrotherapie.
Lefort—Aide-memoire d'hygiene.
Annuaire de therapeutique 1888.
Martin—Des epidémies.
Trousseau—Therapeutique oculaire.
Chamberland—Vaccination.
Benedickt—Kraniometric.
Chanteny—L'organisation sanitaire.
Littré—Altas de medicine.
Galezowski—Iconographie.

Donacion del señor C. M. Joly

J. A. Fort—Medicina operatoria (1 tomo.)
Anatomía Descriptiva (3 tomos.)
Patología interna (1 tomo.)
Jamain—Patología (2 tomos.)
Jaccoud—Patología interna (3 tomos.)
Cruveillier—Anatomía patológica (5 tomos.)

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 3

Anales del Círculo Médico Argentino

MARZO DE 1890

El profesor RAWSON

Los grandes se van.

Al duelo de Ricord, siguió el duelo de Damaschino: y la desgracia que pesó ayer sobre la Facultad de Paris, pesa hoy sobre la de Buenos Aires: el profesor Rawson ha muerto.

Ha muerto á los 69 años de edad, en la plenitud de sus robustas fuerzas intelectuales, que ni los trabajos prolongados, ni las vicisitudes de los últimos tiempos habian debilitado.

Ha muerto en la capital de Francia, como si el potente cerebro, al extinguir para siempre su luz vivísima, cumpliera un secreto designio en el teatro de las mas grandes y atrevidas concepciones científicas, que fué el centro de predileccion del sabio maestro.

De la vida de Rawson puede con justicia decirse que fué por completo consagrada al bien público.

Médico, escritor, orador, diputado, ministro, convencional, senador, profesor, en todas partes enseñó la verdad, predicó la moral, luchó con el error, combatió la mentira, y vencedor ó vencido, no tuvo ni aspiraciones ni pasiones egoistas, porque su alma sana y noblemente generosa no abrigaba otros sentimientos que la felicidad y el bienestar para sus conciudadanos.

Orador como ningun otro argentino, Rawson ha ilustrado las mas difíciles y trascendentales cuestiones administrativas ó constitucionales en el seno de los gabinetes y en los parlamentos, así como en la cátedra ha iluminado el camino de tres generaciones que han recibido de sus lábios consejos y prevenciones prudentes y sábios.

La influencia de su palabra no ha sido entre nosotros sobrepujada hasta hoy, y puede asegurarse que pasarán muchos y muchos años antes de que en tierra argentina, y tal vez americana, se presente el competidor afortunado que recoja el cetro que él

llevó en vida, y que continúa en la muerte siendo el mas glorioso prestigio de su nombre.

Si! su palabra fácil y elocuente, su acento armonioso y dulce, favorecidos por una inspiracion feliz y oportuna siempre, han hecho de los discursos de Rawson verdaderos modelos oratorios, que se consultarán siempre por el interés literario de su forma delicada y sencilla, y tambien por la profunda erudicion y doctrina que ellos encierran.

¡Qué armonía dulcísima y pura la de su frase galana, cuánta penetracion en el concepto, y cuánta delicadeza en la idea!

Cualquiera que lo haya escuchado, ya sea en su banca de Diputado ó Senador, ya sea en la cátedra, habrá guardado el recuerdo de esa música incomparable que heria el oído y repercute aun con écos imborrables, solemnemente acariciados por la memoria.

Como higienista marchaba á la cabeza del movimiento que ha dado por resultado la transformacion de la ciudad de Buenos Aires. Sus opiniones científicas eran no solo consultadas, sino acatadas como la expresion de la verdad y del convencimiento sincero.

Su consejo ha influido de una manera decisiva en nuestros adelantos urbanos; y á su prédica constante se debe que los estudios demográficos se hayan incorporado á nuestro progreso incesante.

Sus trabajos sobre higiene pública, *Las casas para obreros,* y *La Higiene Internacional*, así como sus lecciones sobre *Demografía*, han dado á su personalidad científica un carácter bien definido en los últimos años. La prensa europea, las revistas francesas y de otras naciones, han saludado las obras de Rawson con aplauso y con elogio. La autoridad de su nombre franqueó los límites del suelo nativo, traspuso la América, y llegó al Viejo Mundo, donde la recompensa de los hombres de ciencia no se hizo esperar.

Anciano ya, y sintiéndose enfermo, fuése á Europa en busca de salud, como lo habia hecho anteriormente. Pero, este viaje debia ser definitivo.....

Volverá á la patria á descansar para siempre, inanimado, al lado de sus mayores, y todos se preparan á recibirlo dignamente.

Como á los grandes patricios, como á los varones ilustres á cuya familia Guillermo Rawson pertenecia,—no por la sangre, sinó por el alma,—el pueblo argentino lo ha llorado, le guardará recuerdo imperecedero, y porque era uno de sus hijos mas esclarecidos se levantará su estátua en la plaza pública.

Samuel Gache.

Buenos Aires, Febrero de 1890.

Estadística operatoria y observaciones de la seccion de Cirujía del Hospital de Crónicos

por el Dr. Juan B. Justo, Jefe del servicio

OPERACIONES HECHAS DESDE AGOSTO 1º, HASTA DICIEMBRE 31 DE 1889

Nº	Nombre de la operacion	Indicacion operatoria	Método ó procedimiento	Resultado	Observaciones
1	Amputacion del pié.	Necrosis del tarso y parte del metatarso.	Syme.	Curacion	
2	Id de la pierna 3º sup.	Fractura comminuta espuesta de la tibia y del peroné.	Circular con incision anterior.	Curacion	Se hizo una tentativa de conservacion
3	Id del muslo 3º infer.	Osteitis tuberculosa de la estremidad superior de la tibia.	Circular.	Curacion	Antigua anquilosis de la rodilla, y atrofia general del miembro
4	Id del antebrazo 3º inf.	Aplastamiento de la mano y de la muñeca entre dos vagones.	Circular a manguito.	Curacion	
5	Id de los dedos 2º, 3º y 4º en la continuidad de sus metacarpianos, y del pulgar en su 1ª falange—mano derecha.	Heridas contusas con fracturas.	Colgajos anterior y posterior.	Curacion	
6	Amputacion del índice —2ª falange.	Herida contusa.	Colgajos anterior y posterior.	Curacion	
7	Amputacion de la pierna derecha—3º medio	Fractura comminuta espuesta de la tibia.	Circular.	Curacion	
8	Desarticulacion mediotarsiana izquierda.	Fractura comminuta espuesta de las falanges y metatarsianos.	Colgajos plantar y dorsal.	Curacion	En el mismo enfermo que la anterior
9	Desarticulacion del 5º metatarsiano.	Necrosis.	Colgajo externo.	Muerte por neumonia alcohólica.	
10	Desarticulacion de la rodilla.	Carcinoma del talon.	Elíptico.	Curacion.	

Nº	Nombre de la operacion	Indicacion operatoria	Método ó procedimiento	Resultado	Observaciones
11	Desarticulacion coxo-femoral.	Fractura espuesta del fémur—Gangrena del pié y de la pierna.	Raqueta anterior con ligadura previa de la femoral primitiva.	Muerte por shock.	
12	Desarticulacion coxo-femoral.	Fractura del fémur y del peroné complicadas con heridas—Luxacion abierta de la rodilla—Inmensa herida contusa hasta el 3º medio del muslo.	Raqueta anterior con ligadura previa de la femoral primitiva.	Muerte por shock	
13	Desarticulacion del dedo índice.	Herida contusa.	Colgajo palmar externo	Curacion.	
14	Desarticulacion del dedo índice.	Fractura espuesta.	Colgajo palmar externo	Curacion.	
15	Desarticulacion del hombro.	Herida del brazo por arma de fuego—Fractura del húmero—Gangrena del miembro—Hemorragia arterial.	Raqueta anterior.	Muerte por anemia.	
16	Trepanacion.	Fractura espuesta de la bóveda del cráneo.		Muerte.	Observacion núm. 1
17	Trepanacion	Fractura espuesta de la bóveda del cráneo		Muerte.	Observacion núm. 2
18	Estraccion de grandes esquirlas	Fractura espuesta de la bóveda del cráneo.		Curacion.	Observacion núm. 3
19	Ligadura de la ilíaca esterna.	Aneurisma inguinal.		Curacion.	Observacion num. 4
20	Id de la carótida primitiva.	Id carotide.		Curacion.	Observacion núm. 5
21	Laparotomia—Enterectomia.	Adeno-carcicoma del intestino y del mesenterio.		Muerte por shock,	
22	Estirpacion de saco herniario.	Hernia inguinal libre dolorosa.	Ligadura del cuello del saco.	Curacion.	Observacion num. 6
23	Autoplastia.	Cicatriz ulcerada de un muñon.	Colgajos laterales.	Curacion.	En el mismo enfermo que la operacion núm 1.
24	Idem	Pérdida de sustancia de la pierna.		Curacion.	Observacion núm. 7
25	Idem	Retraccion de la aponeurosis palmar de los dedos anular y meñique.	Incision en V y seccion de las bridas.	Mejoria.	

Nº	Nombre de la operacion	Indicacion operatoria	Método ó procedimiento	Resultado	Observaciones
26	Estirpacion.	Cancer de los ganglios supraclaviculares.		Curacion.	
27	Estirpacion.	Carcinoma de la region malar.		Curacion.	
28	Idem	Quiste dermoideo superciliar.		Curacion.	
29	Idem	Sintoma ulcerado de la region carotidea.		Curacion.	
30	Id parcial.	Hipertrofia de las amigdalas.	Amigdalótomo.	Curacion.	
31	Secuestrotomia.	Necrosis del carpo y del metacarpo		Curacion	
32	Tenotomia del tendon de Aquiles.	Pie varo equino.	Subcutanea.	Curacion.	
33	Siringotomia.	Fistula del ano.	Bisturi.	Curacion.	
34	Circuncision.	Fimosis adquirido por destruccion del glande.	Circular.	Curacion.	
35	Incision y raspado.	Abceso osifluente tuberculoso de la clavicula.		Ninguno	
36	Puncion.	Hidrocele vaginal.			
37	Reduccion.	Luxacion del hombro—Variedad anterior.	Proc. del talon.	Curacion.	
38	Idem	Luxacion del hombro—Variedad anterior.	Proc. del talon.	Curacion.	

I

Fractura espuesta de la bóveda del cráneo, con hundimiento de uno de los fragmentos—Trepanacion—Muerte

Genaro Labona, 13 años, peon de las obras del puerto, fué traído al Hospital de Crónicos el 12 de Setiembre de 1889. Ese mismo dia una gran piedra le habia golpeado en la cabeza. A la tarde del dia 13 su estado era el siguiente: coma completo, interrumpido solo por algunos sonidos inarticulados que producia el enfermo, sin articular palabra inteligible alguna; pulso y temperatura normales; falta de vómitos. El brazo y la pierna del lado derecho presentaban una paresia bien marcada; la cara desviada hácia la izquierda indicaba que la hemiplegia era completa. Al nivel de la parte media del parietal izquierdo, se notaban dos pequeñas heridas contusas que habian sido suturadas. La palpacion al través del cuero cabelludo no indicaba bien hundimiento alguno.

Juzgué indicada la intervencion y procedí á ella inmediatamente. Haciendo una incision curva de concavidad superior limité un colgajo de base ancha, que comprendia las dos pequeñas heridas, y lo levanté incluyendo en él el periostio. Puesto á descubierto el hueso encontré que habia una fractura compleja del parietal, compuesta de una solucion de continuidad ósea casi vertical, á la que se unia otra casi ántero-posterior; la porcion del hueso comprendida entre las dos líneas de fractura, punto sobre el cual habia obrado sin duda directamente la violencia, presentaba un hundimiento, que en el ángulo mismo, pasaba de un centímetro. Las líneas de fractura sobrepasaban en todo sentido los límites de la porcion de cráneo puesta á descubierto. Apliqué el trépano sucesivamente dos veces sobre la parte mas hundida, y la estraje. Despues traté de levantar con el elevador los bordes óseos que aun quedaban deprimidos, pero solo lo conseguí con el de la fractura horizontal, quedando entre los labios de la fractura vertical cierto grado de desnivel. Nada indicaba que hubiera un derrame de sangre debajo de la duramadre, pues el color de ésta era normal, y se percibian perfectamente los latidos del encéfalo. Re-

gularicé la pérdida de sustancia ósea, cohibí la hemorragia, establecí el drenaje y suturé. Curacion antiséptica. Inmediatamente despues de la operacion, hecha bajo el cloroformo, porque el enfermo reaccionaba á las excitaciones dolorosas, el pulso estuvo muy pequeño y frecuente. Al dia siguiente, escepto una ligera fiebre (38°6), el estado del enfermo era el mismo. El dia 15 persistian el coma y la paresia unilateral. El 16 el enfermo pareció estar un poco mejor, miraba bien, tomaba leche y vino; no tenia fiebre, pero el pulso era siempre muy rápido. El 17 se le sacaron los puntos de sutura; la herida se habia reunido. Pero con todo, persistian el coma y la hemiplegia; el enfermo empezó á presentar una disnea intensa, submatitez, rales y soplos en el pulmon derecho, y respiracion pueril en el izquierdo.

Por fin, el 20 de Setiembre murió sin que la temperatura hubiera llegado mas de una vez (el 2° dia) á 38°6, y sin haber presentado fenómenos de excitacion.

Autopsia.—El cuero cabelludo estaba infiltrado de sangre. La fractura se estendia desde la fosa occipital inferior izquierda hasta la fosa temporal derecha; la ramificacion anterior se perdia en el parietal.

En la parte media de la mitad *derecha* de la calota craneana habia un derrame sub-dural de sangre bastante considerable.

El cerebro estaba congestionado; la parte inferior de la circunvolucion parietal ascendente y el lóbulo parietal del lado izquierdo estaban infiltrados de sangre; la misma infiltracion en menor escala, se notaba en la parte anterior é inferior del hemisferio cerebral derecho, polo opuesto al de la aplicacion de la violencia. La circunvolucion de Broca, la frontal ascendente y la parietal ascendente en su parte superior estaban aparentemente intactas. Las dos circunvoluciones centrales del lado derecho estaban deprimidas por el derrame de sangre sub-dural que he indicado. No habia pus ni exhudados que hiceran pensar en una meninguitis. Por una omision lamentable no puedo indicar nada sobre el estado de los órganos respiratorios.

II

Fractura de la bóveda del cráneo complicada con herida—Fenómenos celebrales—Trepanacion—Muerte

José Ventura, 14 años, peon de las obras del puerto, entró al Hospital de Crónicos el 21 de Setiembre de 1889. El dia anterior habia sufrido una gran caída en que dió con la cabeza sobre una piedra. El golpe habia sido del lado izquierdo, como lo revelaba una heridita de la parte posterior de la region parietal; detrás de la herida habia una depresion bien sensible al tacto. El enfermo estaba semi-comatoso, presentaba una hemiplegia derecha que no comprendia la cara; no tenia afasia, pues se quejaba y pronunciaba bien algunas palabras, las pupilas estaban iguales, y conservaban su excitabilidad á la luz; el pulso muy irregular latia 88 veces por minuto; los movimientos respiratorios eran 30 por minuto. Habia habido epistaxis.

El 22 de Setiembre, como continuase el enfermo en el mismo estado, hice la trepanacion.

Por medio de una incision en U muy abierta, circunscribí un colgajo de base superior que comprendia la herida del cuero cabelludo; lo levanté junto con el periostio y encontré que á ese nivel no habia lesion alguna del cráneo; la depresion sensible al tacto era, pues, debida á la infiltracion sanguínea localizada en una parte del cuero cabelludo. Prolongando la rama anterior de la U descubrí que la parte anterior del parietal presentaba una fractura vertical, cuyo principio y terminacion no alcancé á ver. El fragmento posterior estaba lijeramente hundido. Guiándome por los datos de Lucas-Championiére apliqué una corona de trépano al nivel del centro cortical motriz comun á los miembros superior é inferior; levantada la rodaja ósea, que habia correspondido por mitad á cada uno de los labios de la fractura, y no encontrando nada anormal apliqué otra, y luego una tercera, las dos debajo de la primera; no encontré derrame de sangre sub-dural ni fragmentos de la lámina interna, que hubieran podido dar lugar á fenómenos de compresion; pero en un punto la duramadre estaba desgarrada, y el cerebro equimosado. Creyendo no deber llevar mas léjos mi intervencion,

suturé y drené la herida, y la cubrí con una curacion antiséptica.

La operacion no modificó en nada el estado del paciente. Este siguió en su sopor, con su parálisis, y presentó dos ó tres dias despues sudores profusos y mucha disnea; la temperatura despues de seguir una curva muy irregular llegó á 39º4 el dia 29 á la noche, y el 30 el enfermó murió sin haber presentado fenómenos de excitacion, ni mucho menos complicaciones del lado de la herida.

Autopsia.—(Prof. Susini). Los resultados fueron: infiltracion sanguínea del cuero cabelludo; fractura del parietal izquierdo en su parte media, que partiendo de muy cerca de su borde interno baja, y se prolonga en la escama temporal, en la que termina despues de describir una curva de concavidad anterior, equímoses del cerebro al nivel de la parte posterior del parietal, y en la parte diametralmente opuesta; no se encuentran signos de meningitis.

III

Fractura espuesta de la bóveda del cráneo, con gran hundimiento de grandes fragmentos—Estraccion de éstos—Curacion

Vicente Cechi, 18 años, guarda tren, fué llevado al Hospital de Crónicos el 17 de Octubre de 1889.

Ese mismo dia por la mañana mientras estaba agachado tratando de aflojar con el pié un freno de wagon, éste se soltó de repente, y su manubrio superior le golpeó en la cabeza con una de sus extremidades.

A las 3 p. m. el estado del enfermo era el siguiente: presentaba una pequeña herida del cuero cabelludo en la parte anterior del parietal izquierdo, por la que habian salido y salian aún sangre y sustancia cerebral. Alrededor de la herida la palpacion permitia comprobar la existencia de una gran pérdida de sustancia del cráneo, cuyo borde posterior correspondia mas ó menos al nivel de la cisura de Rolando. El herido no presentaba signos de conmocion cerebral, y estaba atento á lo que pasaba á su alrededor, pero presentaba una afasia completa, y una hemiplegia del lado derecho que

comprendia la cara. Las pupilas estaban normales. En los diversos movimientos que se hizo hacer al enfermo sobrevinieron vómitos biliosos; salió entonces por la herida un pedazo de sustancia cerebral que comprendia parte de dos circunvoluciones con la cisura correspondiente. Me es muy difícil apreciar la cantidad total de sustancia cerebral perdida, pérdida que aumentó considerablemente con la operacion á que me resolví en seguida.

Por medio de una incision curva circunscribí los dos tercios inferiores y laterales de la depresion craneana, y levanté el colgajo así formado. Encontré entonces una vasta cavidad llena de sangre, coágulos y trozos de materia cerebral, limitada á los lados por grandes fragmentos hundidos hasta formar un ángulo casi recto con el resto del cráneo. Estraje esos fragmentos por medio de las pinzas, del elevador, y tambien tomándolos directamente con los dedos.

La hemorragia arterial fué considerable, y tuve que ligar cuatro arteriolas del cerebro; al extraer el fragmento superior, que era el mayor, triangular, y cuya base estaba muy próxima á la línea media, se produjo una gran hemorragia venosa que atribuí á la desgarradura del seno lonjitudinal superior, y que cohibí por el taponamiento con gaza fenicada. Despues de verificar que los fragmentos extraidos en número de cuatro formaban un todo que correspondia á la forma del agujero que presentaba el cráneo, hice la *toilette* de la herida, la drené, y la suturé, dejando salir por su extremidad posterior la gaza del tapon.

Al dia siguiente el estado del enfermo era el mismo que ántes de la operacion; no habia vómitos. Temperatura 37°2-37°9. El dia 19 el enfermo seguia lo mismo: no decia mas que *ai* y *nai* de una manera casi automática; con esos dos sonidos contestaba á todo lo que se le preguntaba aunque parecia comprenderlo perfectamente. Temperatura: 37°3 y 38°6, siendo esta última la mas alta que presentó en toda la evolucion de su herida. El dia 21 saqué del todo el tapon de gaza que ya habia sacado en parte, y como la hemorragia reapareció, aunque en menor escala, tuve que renovarlo. Dos dias despues lo retiré, así como los puntos de sutura: la reu-

nion de la herida era perfecta: el estado general inmejorable. Por la pequeña herida contusa primitiva, que yo no habia suturado, el cerebro empezaba á hacer hernia; vendaje compresivo. El 29 de Octubre el enfermo movia la pierna derecha, y escribia pasablemente con la mano izquierda. El 10 de Noviembre caminó sin baston por primera vez; ya empezaba á hablar. La hernia del cerebro habia desaparecido por completo; al nivel de la pérdida de sustancia ósea la piel deprimida recibia directamente la impulsion de los latidos del cerebro, bien visibles. El 20 de Noviembre noté los primeros movimientos del brazo derecho. La facultad de hablar reaparecia por grados: la pronunciacion de cada palabra exijia un trabajo intelectual considerable; decia algunas correctamente, otras incompletas, otras con las sílabas traspuestas; de muchas no se acordaba absolutamente. Pronunciar la *s*, y la *c*, cuyo sonido confundimos nosotros en ciertos casos con el de la primera, le era lo mas difícil. Decia llamarse *ente* en lugar de Vicente, y si se le preguntaba cuántos dedos tenia en cada mano, respondia *inco*. A mediados de Diciembre el movimiento de flexion de los dedos empezó á desarrollarse. En fin el 31 de Diciembre caminaba bien, y hablaba de una manera inteligible aunque incorrecta y difícil. Las funciones del brazo derecho quedaban imperfectas.

La depresion que se notaba en la mitad izquierda del cráneo era sensiblemente cuadrada, de 6 centímetros por costado. Su borde superior distaba de uno á uno y medio centímetros de la línea media, y el inferior nueve centímetros del arco zigomático; el posterior coincidia aproximadamente con la cisura de Rolando, es decir, con una línea que empezando á siete centímetros detrás y tres arriba de la apófisis orbitaria externa, terminaba en la sutura sagital á cinco centímetros detrás del bregma.

Las esquirlas eran todas triangulares; dos de ellas correspondian al parietal, otra al frontal y la cuarta á los dos huesos á la vez. Todas juntas formaban un cuadrilátero de 6 centímetros de ancho vertical por 7 1/2 de largo ántero-posterior. El fragmento del frontal estaba formado en parte por la lámina interna solamente, lo que explica cómo la pérdida de sustan-

cia del cráneo parecia en el enfermo mas chica que los fragmentos extraidos.

—

Despues de observar estos tres casos de fractura expuesta de la bóveda del cráneo, no se puede menos que establecer cierta relacion entre la terminacion fatal de los dos primeros por una parte, y la difusion de las lesiones anatómicas, y los fenómenos de coma que presentaron, por la otra; lo mismo que entre la localizacion neta de las grandes lesiones del tercero, la falta en él de toda conmocion cerebral, y su terminacion feliz.

Las dos primeras observaciones prueban tambien que cuando la intervencion es bien hecha, si no cura, no agrava tampoco en manera alguna el estado del enfermo. Ahora bien, desde que en los casos semejantes hay siempre la posibilidad de encontrar un fragmento hundido, un pedazo de la lámina vítrea, ó un derrame sanguíneo meníngeo, como causa de fenómenos cerebrales presentes, y como orígen probable de otros no menos graves (epilepsia, locura, etc.), se debe considerar indicada en ellos la intervencion. No se debe olvidar que al renunciar á toda intervencion, el cirujano asume tanta responsabilidad como al resolverse á hacerla.

IV

Aneurisma inguinal—Ligadura de la iliaca externa—Curacion

Cruz Ojeda, argentino, de 25 años de edad, entró al Hospital de Crónicos el 22 de Octubre de 1889.

Algo alcoholista, no tenia antecedentes sifilíticos. Trabajaba de peon en la aduana, y referia el principio de su enfermedad á cinco meses antes de su entrada al hospital, fecha en que notó la aparicion de un tumor pulsátil en su ingle derecha.

A su entrada al hospital el enfermo presentaba en la ingle derecha un tumor mas grande que un puño, lobulado, compuesto de una parte inferior grande y otra superior pequeña, separadas por un surco bien marcado.

El tumor presentaba palpitaciones espansivas visibles y palpables sincrónicas con las del pulso, que cesaban cuando se comprimia la iliaca externa. A su nivel se oía un soplo bien

perceptible, que se propagaba á lo largo de la femoral hasta el tercio medio del muslo. El pié y la pierna del lado enfermo estaban edematosos, y la dificultad de la marcha era considerable. El diagnóstico de aneurisma se impuso, pero no conseguí determinar si era de la femoral primitiva solamente ó tambien de la iliaca externa, como lo hacia creer el lóbulo superior del tumor, situado arriba del ligamento de Falopio que desviado un poco hácia abajo, formaba en la superficie del aneurisma el surco que ya he indicado.

Resolví ligar la ilíaca externa, lo que parecia posible, porque la compresion de esa arteria arriba del saco era bastante fácil. Preparé el enfermo dándole un purgante salino, y haciéndole comprimirse él mismo la ilíaca externa durante 24 horas, y á intervalos, para dilatar la circulacion colateral.

La operacion fué hecha el 25 de Octubre. Hice la incision un poco mas arriba de lo que aconseja Farabeuf para no caer sobre la parte pelviana del saco aneurismático. Despues de cortar la piel, y ligar los vasos subcutáneos, seccioné la aponéurosis del oblícuo mayor, separé hácia arriba las fibras del oblícuo menor y del trasverso, levanté el peritoneo, y encontré sin dificultad la arteria, gracias á sus latidos y á la línea de mira que habia trazado desde el ombligo, hasta el punto medio del pliegue inguinal. La ilíaca externa estaba en muy buenas condiciones para la ligadura, que hice con seda trenzada, esterilizada con bicloruro de mercurio. Suturé la herida por capas, para evitar una hernia ventral é hice la curacion. El miembro operado fué envuelto en flanela, y rodeado de botellas de agua caliente. Al dia siguiente el enfermo estaba muy bien: temperatura 37°8-38°2, siendo esta última la mas alta á que alcanzó en toda la evolucion de la herida. El 29 de Octubre quité el drenaje, y los puntos de sutura: la reunion era perfecta. El tumor aneurismático habia achicádose, y el edema disminuido. En los dias sucesivos, á pesar de lijeros dolores que sufrió el enfermo al nivel del saco, todo siguió una marcha favorable. El 20 de Noviembre el tumor disminuia aun, la marcha era fácil, la cicatriz operatoria lineal y sólida; el enfermo solo acusaba lijeros dolores debajo de la rodilla, y una sensacion de frio en los dedos del pié del lado

operado; éstos parecian realmente al tacto mas frios que los del otro pié. En esa fecha el operado fué dado de alta.

V

Aneurisma carotideo del lado izquierdo—Ligadura de la carótida primitiva en la base del cuello—Curacion—Afasia y parálisis persistentes.

Pascual Palai, argentino, de 30 años de edad, carrero, entró el 21 de Noviembre de 1889 al Hospital de Crónicos, adonde me fué dirigido por el doctor Martinez Burzaco. Era de buena constitucion, aunque tenia antecedentes sifilíticos y alcohólicos. Seis meses ántes habia empezado á notar la aparicion de un tumor pulsátil en la parte media del lado izquierdo del cuello, tumor cuyo crecimiento no se habia detenido á pesar de la aplicacion de tópicos diversos.

A la entrada del enfermo en el hospital el tumor ocupaba toda la mitad izquierda de la parte anterior del cuello; era liso, redondeado, de límites no muy claros, y presentaba expansiones pulsátiles sincrónicas con las del pulso, perceptibles al tacto desde un centímetro debajo de la oreja hasta dos ó tres centímetros arriba de la clavícula. A la auscultacion del tumor se oía un soplo que se extendia hasta debajo de la oreja. El pulso temporal superficial izquierdo era notablemente ménos amplio que el derecho. Comprimiendo profundamente debajo del tumor, entre su límite inferior y la horquilla del esternon, se conseguia aunque con mucha dificultad hacer cesar los latidos del tumor. Al hacer esta exploracion se sentia un thrill bien caracterizado. El tumor que era indudablemente un aneurisma desarrollado primitivamente en la bifurcacion de la carótida primitiva, y que habia adquirido despues un gran crecimiento, daba lugar á fenómenos de compresion numerosos y muy marcados. La larinje y la traquea estaban fuertemente desviadas á la derecha, la manzana de Adan distaba de dos y medio á tres centímetros de la línea media. El enfermo estaba completamente afónico desde veinte dias atrás, y sufria de hipo con frecuencia. La pupila izquierda estaba algo mas pequeña que la derecha. La deglusion era difícil. El enfermo

sufria fuertes dolores al nivel del tumor, debidos indudablemente á la distension de la rama cervical trasversa del plexo cervical superficial; para calmarlos se mantenia constantemente acostado sobre el lado enfermo y se comprimia el tumor con la mano. Por fin, habia un soplo en el segundo tiempo del corazon, que presentaba su máximum de intensidad en el foco aórtico, y una ptosis izquierda que databa de veinte dias. Al ser llevado en coche el enfermo al hospital sufrió un síncope que alarmó mucho á los que lo acompañaban.

El 23 de Noviembre hice la ligadura de la carótida primitiva en la base del cuello. Incision angular de 8 centímetros, de los cuales 4 á lo largo del manojo external del externo-cleido-mastoideo, y los otros 4 perpendicularmente á la articulacion externo clavicular. Huyendo de las grandes venas me fuí demasiado adentro con la sonda acanalada y el dedo, y estuve por un momento sobre la traquea, comprobando repetidas veces que toda presion sobre ella daba lugar á un acceso de tos. Buscando despues la arteria mas afuera, la encontré guiado por sus latidos, que tuve que distinguir de los de la arteria subclavia izquierda, y pude aislarla y ligarla; el material empleado fué un hilo de seda trenzada esterilizada en el bicloruro de mercurio, hilo que corté al ras del nudo. Drenaje, sutura y curacion de la herida.

En el momento de la ligadura no se observaron fenómenos anormales, y el enfermo pudo hablar un poco al despertarse de la anestesia clorofórmica, pero dos horas despues ya estaba hemiplégico y afásico. A las 5 p. m. se encontraba en estado de sopor, y se llevaba la mano á la mitad izquierda de la cabeza, como si ésta fuera el sitio de un dolor intenso; temperatura 38°3. Al dia siguiente seguia lo mismo; á la noche 39°3 de temperatura. El 25 seguia hemiplégico y afásico, pero habia salido del colapso en que se encontraba; se sentaba en la cama y tomaba leche; temperatura á la noche 38°0. Quité las suturas de la herida: la reunion era perfecta. El tumor disminuia de volúmen. El enfermo siguió así hasta el 5 de Diciembre en que empezó á mover la pierna derecha. Pocos dias despues caminaba ya bastante bien, pero persistian la parálisis del brazo, y la afasia. Esta sobre todo mortificaba al enfermo;

lloraba á gritos, lo que no podia hacerse entender, y en medio de su rabia solo conseguia articular las palabras *gran puta y carajo*, interjecciones de que probablemente habia estado salpicado su estilo de carrero, y que por lo tanto serian las que habia pronunciado mayor número de veces en su vida. El 25 de Diciembre se empezó á hacerle la aplicacion de corrientes eléctricas interrumpidas en el brazo paralítico. Dos dias despues principió á tener movimientos del hombro y del codo, débiles y limitados; la mano y los dedos quedaban aun completamente paralíticos.

En el momento en que escribo esta historia (Enero 31 de 1890) el enfermo sigue afásico, y con su brazo derecho en el estado indicado. No tiene pulso temporal superficial izquierdo. El tumor ha disminuido enormemente; no es mas grande ya que un huevo de gallina. La cicatriz operatoria se ha deslizado hácia abajo junto con la piel que habia sido arrastrado hacia arriba por el enorme tumor, y se encuentra ahora sobre el manubrio del externon. Persiste el soplo en el foco aórtico.

—

Las dos observaciones que anteceden establecen una vez mas la bondad de la ligadura antiséptica en el tratamiento de los aneurismas, de los que en realidad es la terapéutica ideal. Cuando se ve reabsorberse en dos ó tres meses el contenido de un enorme saco aneurismático lleno de coágulos, y desaparecer casi por completo, se duda de la utilidad que haya en estirpar ese saco con gran riesgo de comprometer órganos importantes, y sin evitar los mas grandes inconvenientes de la ligadura ordinaria.

VI

Hernia inguinal libre—Operacion—Curacion

Juan Bollo, argentino, de 24 años de edad, entró al Hospital de Crónicos el 16 de Diciembre de 1889, en plena sífilis secundaria. Hacia dos años que trabajando de peon en la aduana le habia aparecido un tumorcito en la parte superior de la ingle derecha, tumor que fué inmediatamente reconocido por una hernia, empezando el enfermo en consecuencia á llevar bra-

guero. En Octubre ppdo. despues de un gran esfuerzo, la hernia se habia agrandado considerablemente, y su contencion se habia hecho difícil, al mismo tiempo que empezaba á motivar dolores intensos.

A la entrada del enfermo en el hospital comprobamos la existencia de una hernia inguinal reductible, del tamaño de un huevo de pava, que ocupaba la mitad derecha de la raiz de las bolsas; era mate á la percusion, de consistencia pastosa, y se reducia sin dar lugar á gorgoteo, caracteres que hicieron diagnosticar un epiplocele. Aunque indolente á la presion, la hernia ocasionaba incomodidades bastante grandes al enfermo, para que éste aceptara la operacion que le propusimos; operacion indicada tambien por la dificultad de mantener la hernia reducida.

La operacion fué hecha el 23 de Diciembre. Estando reducida la hernia, hice en la raiz de las bolsas una incision de 8 á 10 centímetros, que llegaba por arriba hasta el orificio externo del conducto inguinal, siguiendo la direccion del eje longitudinal del saco herniario. Tuve alguna dificultad para encontrar á éste entre los elementos del cordon, pues cometí el error de buscarlo al principio demasiado abajo; cuando lo hube distinguido, lo disequé hasta el cuello herniario, y mientras un ayudante ejercia sobre él una traccion moderada, ligué dicho cuello con dos hilos de seda anudados en cadena. Corté en seguida el apéndice peritoneal muy cerca de la ligadura é hice la sutura continua de la herida, despues de poner en ella un tubo de drenaje. La evolucion de la herida fué completamente favorable; la reunion fué inmediata; á los tres dias de la operacion saqué las suturas y el tubo de drenaje; y á los ocho dias el operado salió de alta, curado por el momento de su hernia.

El interés de esta observacion está en que la operacion á que se refiere es nueva entre nosotros; si no es acaso la primera hecha, es seguramente la primera publicada.

VII

Pérdida de sustancia de la pierna izquierda—Autoplastia con un colgajo pediculado del muslo derecho—Gangrena parcial del colgajo—Curacion.

Juan Veronese, italiano, 25 años de edad, cochero, entró al Hospital de Crónicos el 20 de Julio de 1889. Tenia una herida contusa de la pierna izquierda, que fué el punto de partida de un flemon difuso de la pierna, con gangrena de una gran porcion de las partes blandas del tercio superior de su cara esterna. En ese estado lo ví por primera vez, al hacerme cargo del servicio á fines de Julio. Como consecuencia de la gangrena quedó una gran pérdida de sustancia, en cuyo fondo anfractuoso se veían los músculos de la region. La cicatrizacion fué rápida al principio, y los botones carnosos pusieron pronto la herida al nivel de la superficie general del miembro. Pero desde entónces el trabajo cicatricial se hizo lento, y amenazaba prolongarse indefinidamente, por lo que propuse una operacion autoplástica al enfermo, que la aceptó.

La operacion fué hecha el 8 de Octubre. La pérdida de sustancia presentaba aproximadamente la forma de un rombo cuya diagonal mayor coincidia con el eje longitudinal de la pierna; al hacer el avivamiento completé esa forma, obteniendo así una herida losánjica de 7 centímetros por costado, y de cuyos cuatro ángulos uno era superior y otro anterior. Disequé entonces en la cara ántero-esterna del muslo *derecho* un ancho colgajo cuya base inferior y un poco interna, quedaba á cuatro centímetros arriba de la rótula, estando la pierna en estension. Teniendo en cuenta la retraccion inmediata que sufriria el colgajo le dí dimensiones primitivas mayores que las de la superficie cruenta á cubrir; su vitalidad estaba asegurada por el ancho pedículo que lo unia á la piel tan rica en basos de la parte anterior de la rodilla. Hecha la hemostasia y cubierta con gaza iodoformada la vasta herida producida por la diseccion del colgajo, puse el muslo izquierdo en flexion, rotacion esterna y adduccion, y doblé sobre él la pierna en ángulo recto; conseguí así aplicar el colgajo del muslo derecho

sobre la herida de la pierna izquierda, y suturar los bordes del primero á la periferia de la segunda. Envolví con gaza el puente cutáneo que unia de esa manera á los dos miembros, y por medio de un vendaje inmobilicé las piernas en la posicion estraña en que se encontraban, posicion incómoda que tuvo que ser guardada por el enfermo durante diez dias. En efecto, diez dias despues de la operacion seccioné por completo la base del colgajo, que ya habia cortado en parte á los seis dias. La mitad anterior del colgajo que estaba adherida á la pierna, tenia con ésta conexiones vasculares de nueva formacion que bastaban para su nutricion; pero la otra mitad no estaba en las mismas condiciones, y se gangrenó. La escara negra y seca se desprendió lentamente, y la superficie de granulaciones que quedó en su lugar cicatrizó con rapidez, sobre todo del lado de la piel trasplantada.

En cuanto á la herida del muslo derecho, pude saturarla en parte, y acelerar la cicatrizacion del resto por medio de ingertos epidérmicos.

Buenos Aires, Febrero de 1890.

Juan B. Justo.

Exploracion quirúrgica del riñon

por el Dr. Fernando Perez,

Laureado por la Facultad de Medicina de Paris

I

La exploracion quirúrgica del riñon consiste en una serie de maniobras que tienen por objeto hacer conocer el funcionamiento normal ó mórbido del filtro renal.

Estas maniobras, numerosas pero desigualmente importantes, comprenden la percusion, la inspeccion, la palpacion, la puncion exploratriz, la incision exploratriz abdominal ó lumbar, y finalmente los distintos procederes de exploracion de

los ureteres cuyo objeto es recojer el orin que viene de un solo riñon. Esta definicion tan vasta, comprende, como se vé, la exploracion de los ureteres. En efecto, clínicamente esas dos exploraciones, renal y ureteral, son inseparables. Si la exploracion renal, en sus distintas formas, puede dar los signos de una alteracion del filtro renal, la exploracion de los ureteres sola puede hacer conocer el grado de esa alteracion, permitiendo recojer el orin monorenal.

En este artículo, sin embargo, nos ocuparemos de una manera especial de la exploracion renal, propiamente dicha.

La exploracion renal es una conquista de la cirugía contemporánea. Hoy estamos muy lejos de los ensayos hechos por Piorry y Trousseau para dilimitar el riñon por la percusion. Los nombres de Pawlick, Morris, Glénard, (de Lyon) Israël, (de Berlin,) y sobre todo los nombres de Guyon y sus alumnos, deben encabezar este estudio. Las admirables investigaciones clínicas del cirujano francés han dado al diagnóstico de las afecciones renales una precision desconocida hasta nuestros dias. La exploracion renal dirige la intervencion quirúrjica, no solamente tratándose de las enfermedades del riñon, sino tambien de las afecciones de las vias urinarias inferiores. Hoy ella se impone completa y sistemática para evitar una terapéutica desastrosa.

Al principio de este estudio, creemos útil recordar algunas nociones de la anatomía topográfica del riñon.

Profundamente escondidos en la region de los hipocondrios, cubiertos adelante por la masa intestinal, acostados contra la columna vertebral al nivel de las dos últimas vértebras dorsales y de las dos primeras lumbares, protegidos atras por las dos últimas costillas y por el potente ligamento lumbo-costal de Henle, el riñon sobrepasa el borde costal en la parte mas interna y mas elevada de la region lumbar, al nivel del ángulo costo-vertebral, segun la expresion de Guyon.

Es tan pequeña la parte del riñon que sobrepasa la última costilla, que ese órgano puede considerarse normalmente como sub-costal.

Es necesario tambien conocer las relaciones del riñon con la pared anterior del abdómen.

Si se traza una vertical que pase por la mitad de la arcada de Fallopio, el riñon se encuentra, segun Israël, sobre esa vertical á dos dedos abajo del borde costal. Es en ese punto, que será necesario deprimir la pared abdominal para ir al encuentro de la cara anterior del riñon. En nuestros estudios cadavéricos sobre la topografía de los ureteres hemos determinado el punto de la pared abdominal que corresponde al ilio renal.

Trazad una vertical que parta de la espina del pubis: trazad luego una horizontal que parta de la extremidad anterior de la décima costilla, esa horizontal encontrará la vertical elevada desde la espina del pubis. A dos dedos abajo del punto de interseccion de esas dos líneas se encuentra el ilio renal.

Descritas estas nociones de anatomía topogrática, podemos pasar al estudio del manual de la exploracion renal.

Inspeccion—Para inspeccionar la region lumbar, Le Dentu dice que es necesario colocar al paciente en cuatro piés, los codos y las rodillas apoyados sobre una cama sólida ó sobre un canapé, el ano mirando hácia una ventana. El cirujano se coloca á la cabeza del enfermo, su mirada dirijida hácia la luz.

Percusion—La percusion de la region lumbar, ó de la cabidad abdominal, no presenta nada de particular. Hay que practicar la percusion profunda.

Palpacion—Método de Glenard—Glenard, de Lyon, practica la palpacion llamada por él nefroleptica.

He aquí la descripcion del proceder dada por él mismo en una conferencia clínica que hizo en el Hotel Dieu de Lyon.

Con la mano izquierda (cuando se trata de explorar el riñon derecho), el pulgar colocado sobre la pared abdominal, el medius sobre la region lumbar, agarro la zona situada abajo del borde costal. Los dedos colocados de esa manera constituyen un anillo estrecho que será completado en su parte interna, atras por la columna vertebral, adelante con la mano derecha. Esta última deprime, en efecto, la pared addominal al lado del pulgar izquierdo que se halla situado al nivel de la novena costilla derecha. *La mano derecha* deprime, el *pulgar* practica la palpacion. Cuando la nefroptosis, bajo la influencia de una fuerte inspiracion, ha llegado al límite de su descenso,

entonces, el cirujano aumenta bruscamente la constriccion ejercida al través de los tejidos por los dedos, aproximando lo mas posible las estremidades del pulgar y del medius izquierdos. Durante esa maniobra, la mano derecha impide que la ptosis se desvie hacia la línea media, huyendo ante la presion del pulgar izquierdo. El enfermo está en el decúbitus dorsal.

Método de Israël—Israël coloca el enfermo en el decubitus lateral sobre el lado que no se examina, los miembros inferiores mantenidos en ligera flexion. El paciente hace profundas inpiraciones.

Para explorar el riñon izquierdo, el cirujano se coloca á la derecha del enfermo, la mano derecha aplicada sobre la region lumbar, la izquierda contra la pared abdominal. El enfermo respira profundamente; las presiones se ejercen, al *principio de las expiraciones*. Se apoya suavemente; al mismo tiempo ligeros movimientos de flexion se producen en las articulaciones metacarpo-falangeas de los dedos. Se llega de esa manera sobre la extremidad inferior del riñon. Cuando comienza la expiracion, el órgano sube. Ese movimiento ascensional permite la percepcion.

Método de Guyon—Posicion del enfermo—El enemigo de la exploracion renal es la contraccion muscular. Para evitarlo se emplean varios artificios: la posicion dada al enfermo es uno de los mas importantes.

Desde hace mucho tiempo, Guyon preconiza el decubitus dorsal *sin flexion de las extremidades inferiores*, la cabeza apoyada sobre el colchon, los brazos colocados al lado del cuerpo. Con esa posicion se obtiene la resolucion muscular.

Posicion del cirujano—Para explorar el riñon derecho el cirujano se coloca á la derecha del enfermo; á la izquierda, si se explora el riñon izquierdo. El operador mira la cara del enfermo.

Posicion de las manos—Cuando se explora el riñon derecho, el cirujano coloca la mano derecha sobre la pared abdominal, la izquierda en la region lumbar. Cuando se examina el riñon izquierdo, la mano izquierda se encuentra sobre la pared abdominal, la derecha en la region lumbar.

Guyon llama *mano anterior* la que se halla aplicada entre

la pared abdominal y *mano posterior* la que explora en la region lumbar.

« La mano posterior tiene la mision de sostener la pared « lumbar y de ir al encuentro del riñon. La region lumbar « tiene límites fijos; los huesos, que le dan la forma de un « triángulo á base inferior, el lado externo siendo formado « por la última costilla, el lado interno por la columna verte- « bral, y la base por el borde ilíaco. El riñon normal se en- « cuentra en el ángulo costo-vertebral. Uno ó dos dedos podrán « ser utilizados, los cuales, con presiones sobre la region, se « insinuarán en el ángulo óseo donde se hallará invariable- « mente el riñon. Debe colocarse la mano anterior paralela- « mente á la línea media, sobre el músculo recto, abajo de los « cartílagos costales. Se insinuará las extremidades de los de- « dos abajo de las costillas, practicando *la exploracion acom- « pasada* (es la expresion de Guyon), es decir, ejerciendo « las presiones al fin de la expiracion. De esa manera se « penetrará fácilmente en pleno hipocondrio.»

La palpacion bi-manual, tal como la hemos descrito no dá resultados favorables cuando se trata de diagnosticar pequeños aumentos de volúmen. En esos casos, Guyon busca un signo descubierto por el perfeccionamiento de la palpacion bi-manual. Ese signo es el peloteo renal (ballottement.)

En el Congreso de Cirugía de 1886, haciendo una comunicacion sobre el diagnóstico y el tratamiento de los tumores de la vejiga, Guyon llamó la atencion de los cirujanos sobre la comprobacion de ese signo útil para hacer el diagnóstico precoz de los tumores del riñon. Clado, antiguo interno de Guyon, estudió el mecanismo del peloteo.

El enfermo y el cirujano ocupan la posicion descrita para la palpacion bi-manual. Para comprobar el peloteo, la mano posterior ejerce presiones cortas y bruscas en la region lumbar. Bajo la influencia de esas presiones el riñon aumentado de volúmen, viene á acariciar la mano anterior. Es una sensacion análoga á la del peloteo fetal.

Las condiciones necesarias para la produccion del peloteo renal, son: 1º contacto absoluto del tumor con la pared lumbar; 2º existencia adelante del tumor de un espacio suficiente para

las incursiones del riñon hácia la pared abdominal. Si hay contacto con la pared abdominal, el peloteo no se produce, puesto que el tumor no tiene la movilidad lumbo-abdominal.

Puncion exploratriz—Antes de hacer la puncion es necesario examinar con cuidado si adelante del tumor no existe una zona de sonoridad. Hay que tener presente las relaciones del riñon con el colon.

Al estado normal, el codo formado por el colon ascendente y el colon transverso se encuentra al nivel del tercio inferior del riñon derecho. El tercio superior del riñon izquierdo está en relacion con el codo formado por los colon transverso y descendente.

Newmann aconseja dirijir el trocart hácia la línea media, teniendo cuidado de no introducirla muy profundamente para evitar la lesion de vasos importantes.

Morris da las indicaciones siguientes: á la izquierda punciona r á 2 cent. y 1/2 adelante del último espacio intercostal: á la derecha, á 3 ó 4 centímetros atras de la espina ilíaca anterosuperior, y á igual distancia de la última costilla y del borde ilíaco.

Incision exploratriz—No insistiremos sobre el manual operatorio de la incision. Seria describir las nefrotomías lumbar y transperitoneal.

Las maniobras de la exploracion de los ureteres serán descritas en otro artículo.

Tales son las distintas maniobras de la exploracion renal. Ellas requieren una larga práctica. No hay que emprender la retirada ante las dificultades que presentan.

En ciertos casos será necesario administrar lavativas y laxantes, ó acudir al cloroformo para facilitar su ejecucion. Descuidar la exploracion es exponerse á hacer diagnósticos incompletos y á intervenir en momentos inoportunos.

II

Resultados de la exploracion

La inspeccion de la pared anterior del abdomen hará comprobar la existencia de tumores abdominales voluminosos en

la region de los hipocondrios. La inspeccion de la region lumbar será casi siempre negativa.

Percusion—La percusion de la region lumbar no da ningun indicio de la existencia ó de la ausencia del riñon.

La percusion de la pared anterior del abdomen preserta una importancia de primer órden.

Cuando se encuentra en la region de los hipocondrios un tumor sonoro á la percusion, se puede asegurar que ese tumor es el riñon. La comprobacion de una zona de sonoridad adelante del tumor permite eliminar los tumores de la cara convexa del hígado, de la vesícula biliar, los quistes del ovario y los tumores del bazo. Tillaux dice: «En un tumor del bazo, es posible, «en muy raras excepciones, encontrar una zona de sonoridad «entre el tumor y la pared abdominal.» Confesamos, sin embargo, que algunas veces los signos fisiológicos, hematuria, el estado general del enfermo (leucemia) ó los antecedentes (impaludismo) serán necesarios para hacer el diagnóstico diferencial.»

Palpacion—La palpacion determina: 1º *la sensibilidad del riñon;* 2º *el aumento de volúmen;* 3º *la mobilidad y la dislocacion*; 4º *la consistencia.*

Sensibilidad renal—Al estado normal las presiones en el ángulo costo-vertebral no determinan ningun dolor. El dolor renal á la presion es un indicio seguro de una afeccion del riñon. El dolor y la piuria son los dos signos importantes de la pielo-nefritis. Sin embargo, el dolor no es un signo constante de esa enfermedad. Hay pielo-nefritis que tienen una evolucion tórpida, insidiosa, que engañan al enfermo y al cirujano no prevenido. Hay que tener presente esos casos, pues la mas mínima intervencion hace estallar accidentes que pueden ser fatales. La exploracion de los ureteres permite descubrir esos casos. Hallé en su tesis sobre «Las uretero-pielitis» dice: «El dolor renal es mas bien un accidente y como la firma de una complicacion.»

En las pionefrosis el dolor renal aparece con la retencion de pus en el basinete y desaparece con ella.

Aumento de volúmen—Aumento de volúmen patológico, ó simplemente hipertrofia fisiológica, he aquí todavia un signo de una importancia considerable. Hematurias espontáneas

prolongadas y repetidas, y aumento del volúmen del riñon, quieren decir neoplasma renal. Cuanto mas pequeño sea el neoplasma, menos peligrosa será la intervencion. El peloteo de Guyon permite reconocer ese pequeño aumento de volúmen y hace beneficiar al enfermo de una intervencion precoz.

Israël con su método de palpacion, ha podido diagnosticar en un jóven de 21 años que tenia hematurias profusas, una pequeña eminencia que llegó á tener en cuatro semanas el volúmen de una media ceresa; ese aumento de volúmen tan rápido le hizo diagnosticar cáncer del riñon, verificado por la nefrectomia;—22 meses despues de la operacion no habia recidiva.

En las pielo-nefritis, todas las veces que aparece el dolor renal, el riñon aumenta de volúmen. Son dos signos correlativos. En la fase crónica de la enfermedad el aumento de volúmen es constante y el dolor intermitente.

Movilidad—La movilidad renal puede manifestarse de distintas maneras:

1º Puede ser *lumbo-abdominal*, es decir, de la region lumbar hacia el abdomen. Esa movilidad constituye el peloteo de Guyon. Hemos dicho que el peloteo ó movilidad lumbo-abdominal es un signo patognomónico de los tumores renales.

2º Puede ser *abdomino-lumbar*. Esa movilidad existe en un riñon dislocado, cuando éste vuelve á ocupar su sitio normal.

3º Finalmente puede ser *abdominal*, transversal ó vertical. Ella existe en las dislocaciones considerables del riñon. Los tumores del mesenterio poseen tambien esa movilidad abdominal en el sentido transversal.

Consistencia—La dureza y la resistencia de los tumores serán apreciadas por la palpacion.

En ciertos casos la puncion exploratriz resolverá el problema.

Puncion exploratriz—La puncion exploratriz comprobará el diagnóstico hecho por la palpacion.

Chauffard ha utilizado la puncion para conocer el grado de permeabilidad del filtro renal. Se trataba de una hidronefrosis. Administró al enfermo salicilato de soda, y lo encontró en el líquido extraido del tumor por la puncion. Despues para saber

si el ureter correspondiente habia conservado su permeabilidad, inyectó en el tumor una cierta cantidad de fuschina que apareció pocos momentos despues en la vejiga.

Barka, Barlow y Godler han diagnosticado cálculos renales con la puncion exploratriz.

Sin embargo, en muchos casos de litiasis renal, la puncion ha dado resultados negativos.

La puncion merece, pues, una confianza muy limitada.

Incision exploratriz—Récamier, en su tesis sobre *Las relaciones del riñon*, ha demostrado que la incision exploratriz puede hacer comprobar los cambios de consistencia, la disminucion de volúmen ó la ausencia del riñon. En esos casos él preconisa la incision lumbar. La incision exploratriz abdominal permite un exámen menos directo y menos completo; no debe merecer la preferencia sino cuando ningun signo indica cual es el riñon enfermo.

Hospital de la Concepcion del Uruguay

Quiste multilobular del ovario—Ovariotomía—Curacion

(El Dr. Francisco Quesada, médico que ejerce su profesion en la ciudad de la Concepcion del Uruguay, nos envia para publicar el siguiente articulo. «Los Anales» lo acojen con verdadero placer, pues es siempre satisfactorio dar cuenta de estas grandes operaciones quirúrgicas efectuadas en provincia, en medio de sérias dificultades, y donde no se encuentran los recursos de los grandes centros. Estas circunstancias hacen mas meritorio el resultado obtenido por el Dr. Quesada y sus compañeros.)

Hé aquí, entre tanto, la historia clínica:

Martina Guerrero, oriental, de 34 años de edad, de temperamento linfático nervioso, casada, ha tenido familia; refiere que hace como tres años que notó que el vientre se le aumen-

taba de volúmen, y como no se le habia suspendido el flujo menstrual comenzó á alarmarse y vió un curandero el que le dijo que lo que tenia era hidropesía, opinion que contribuyó á afligirla mas, aunada al aumento mayor que dia á dia adquiria el vientre. Fué entonces que consultó con otro curandero, quien le aseguró que se trataba de una aneurisma.

Desesperada con semejantes opiniones consultó al Dr. Ugarteche, quien le aconsejó entrára al Hospital, donde la examinaria con otros colegas. Así lo hizo, permaneciendo como dos meses en él, sometida á un plan tónico reconstituyente.

Pasado este tiempo, fuí invitado por dicho compañero para examinar el caso, y convinimos en que se trataba de un quiste multilobular, cuyo asiento estaba en el ovario izquierdo.

Mas tarde, por invitacion del Dr. Ugarteche, fué examinada por el Dr. Fraga, médico español, el que tambien estuvo conforme con nuestro diagnóstico.

Reunidos los tres médicos, practicamos con un trocart muy fino funciones esploratrices, saliendo por la cánula algunas gotas de un líquido gelatinoso muy denso; esto vino á ratificarnos en nuestra opinion, resolviendo operarla, á lo que la enferma se prestó resuelta y valientemente, diciéndonos que con la operacion podria vivir, pero sin ella le era insoportable la vida por la gran incomodidad que le causaba el inmenso desarrollo que habia adquirido el vientre, el que tenia un volúmen mayor que el que adquiere en los últimos meses del embarazo.

Resueltos á operarla, tocamos en el gran inconveniente de la carencia de instrumentos especiales, muy particularmente de un trocart apropiado para vaciar el quiste una vez descubierto.

Imaginamos hacer un trocart de una sonda de doble corriente, para poder introducir por uno de los conductos un poco de agua con el objeto de diluir el líquido gelatinoso del quiste para que pudiera salir por el otro conducto, al cual aplicamos un largo tubo de goma y al que hicimos el vacío comprimiéndolo paulatinamente de arriba abajo, teniendo presente lo que tantas veces habiamos visto hacer á nuestro sabio y malogra-

do maestro, el Dr. Manuel A. Montes de Oca, cuando, despues de una uretrotomía, dejaba permanentemente una sonda en la vejiga, y la orina se vaciaba constantemente, por lo que él con tanta propiedad llamaba *sifon*.

Teóricamente nos pareció que nos daria excelente resultado, pero no sucedió así.

El 11 de Agosto de 1889, la enferma fué operada, habiendo 48 horas antes preparado tohallas felpudas en número suficiente, saturadas en una solucion fenicada al 5/1000, bisturís rectos, curvos, pinzas de presion constante, agua fenicada al 2 1/2 por 100, gaza Lister, catgut de varios números, seda fenicada y esponjas.

Acostada la enferma en el decúbito dorsal, el Dr. Fraga procedió á su cloroformizacion, la que fué llevada hasta la resolucion completa. Entonces el Dr. Ugarteche hizo una incision de seis centímetros de largo, debajo del ombligo, y en medio de la línea blanca; cortada la piel, tejido celular y aponeurosis, se presentó el peritoneo, el que fué cortado sobre una sonda cánula, apareciendo entonces la superficie luciente de la pared del quiste. Habia llegado el momento de hacer uso de nuestro trocar-sonda; pero ¿cuál no seria nuestro desencanto al ver que el líquido solo salia gota á gota? Renunciamos inmediatamente á él por esta razon, y porque entre las paredes de la sonda y la abertura del quiste salia mucho líquido. Afrontando situacion tan difícil, y haciendo de mis dedos pinzas, comprimí las paredes del abdómen contra la abertura del quiste y el líquido comenzó á derramarse al esterior á una gran vasija, habiendo extraido como tres litros de ese y de los otros lóbulos.

Como el tumor era muy voluminoso, nos vimos obligados á agrandar la abertura del abdómen, la que llevamos á unos cuatro centímetros de la sinfisis pubiana y á unos tres arriba del ombligo, al que contorneamos por el lado izquierdo para no herir el ligamento suspensorio del hígado.

Por esta incision buscamos el tumor despues de debridar las adherencias que tenia con el peritoneo, y con gran contento vimos que tenia un solo pedículo, pero muy grueso. Este fué ligado fuertemente en masa como á unos ocho centímetros

de su implantacion en el ovario, fué en seguida seccionado, y como no daba hemorragia procedimos á ligarlo mas abajo habiéndolo hecho por mitad y mitad.

Se reconoció el saco peritoneal por si habia coágulos ó líquido del tumor que podia haber penetrado, pero felizmente estaba todo limpio.

Suturamos la herida del vientre de arriba abajo, y el pedículo fué extraido al exterior y suturado á la parte inferior externa de la herida.

Lavada muy bien la enferma con agua fenicada, se colocó sobre la herida una curacion completa de Lister y un vendaje.

La enferma fué asistida con todo esmero por el Dr. Ugarteche, quien la vendaba hasta cuatro veces al dia.

La temperatura de la enferma en los ocho primeros dias osciló entre 38º y 39º cent.

Se le administró quinina y extracto de opio para producir la constipacion.

Los primeros dias hubo un poco de supuracion, pero despues desapareció completamente.

La temperatura del cuarto en que estaba la enferma fué mantenida siempre á 18º cent.

Hoy la enferma está enteramente curada, habiéndose levantado al mes de la operacion; y cumpliendo una promesa, presta gratuitamente sus servicios en el Hospital.

Remito al Círculo Médico Argentino el tumor extirpado para que sea conservado en su museo anátomo-patológico.

FRANCISCO QUESADA.
Médico Cirujano.

Concepcion del Uruguay, Febrero de 1890.

CORRESPONDENCIA

La enfermedad reinante en Europa

Reina actualmente en casi todas las ciudades europeas una enfermedad de carácter epidémico, que tiene preocupadas á las Academias de medicina, siendo su etiología y diagnóstico motivo de discusion entre los médicos, opinando unos que es simplemente la grippe, otros que es una fiebre exótica, conocida con el nombre de dengue (1), y llegando algunos hasta sostener que no es ni la una ni la otra, sino una enfermedad nueva, que puede fácilmente confundirse con las anteriores por tener algunos síntomas parecidos. Esta última opinion es la que tiene menos partidarios, pero creemos que es la mas acertada, como trataremos de demostrarlo mas adelante.

La enfermedad hizo su aparicion á fines de Noviembre, presentándose primeramente en San Petersburgo y Moscow, y poco despues cruzó la frontera é hizo su entrada en Alemania, Austria, Francia, etc. En París, sobre todo, se ha presentado con un carácter no del todo benigno, desarrollándose enormemente en las grandes casas de comercio, cuarteles, colegios, etc., en fin, en todos aquellos lugares en que hay aglomeracion de individuos.

Hoy, todas las ciudades cuentan con la presencia del incomodo huésped, y el mal cunde con una rapidez asombrosa, sin dar tiempo á las corporaciones médicas de tomar aquellas medidas profilácticas que puedan detenerlo ó moderar su marcha vertiginosa.

En Viena la enfermad se ha mostrado tambien con un carácter epidémico, y segun el distinguido Dr. Schniser, es casi

(1) Se le conoce tambien con el nombre de *fiebre roja*.

imposible determinar ni aproximadamente, el número de atacados. En el hospital general hay 300 casos, y en un cuartel situado á sus alrededores casi todos los soldados se encuentran enfermos.

En Copenhague pasa otro tanto; en Holanda ha comenzado en Hellewetsluis, donde 60 marineros pertenecientes á la dotacion de un buque de guerra, han sido atacados simultáneamente.

Londres no ha escapado tampoco á la invasion, presentándose la mayor parte de los casos en el sud y oeste de la ciudad.

Se han señalado muchos casos en Lisboa, Madrid y Roma, y de esta última ciudad se ha comisionado al jefe del laboratorio bateriológico del «Instituto de Higiene», profesor Canalis, para que se dirija á San Petersburgo y estudie dicha enfermedad, debiendo presentar un informe á la brevedad posible.

¿Cuáles son los caractéres clínicos que ofrece esta enfermedad? A este respecto el cuadro sintomático no es siempre el mismo y varía no solo segun los individuos, sinó tambien segun las ciudades que invade. Lo mas á menudo debuta la enfermedad por un malestar general que dura algunos dias y á veces solo algunas horas. Durante este período se nota una cefalalgia generalmente intensa, dolores retro-orbitarios muy vivos, que aumentan notablemente cuando se mueven los ojos, sensaciones muy dolorosas en el dorso, en los miembros inferiores y en las articulaciones; en seguida aparece la fiebre. La temperatura es en general poco elevada pero á veces el termómetro alcanza á marcar 39°, 40° y 40°5, el apetito es nulo, la lengua está sucia, saburral, hay nauseas y hasta vómitos. Se han presentado tambien algunos casos en que estos síntomas se han acompañado de una pequeña erupcion cutánea. Dos ó tres dias despues la fiebre decae, y el enfermo entra rápidamente en convalecencia.

Esta es poco mas ó menos la forma que comunmente asume la enfermedad, sobre todo en Paris, observándose como se vé, principalmente fenómenos generales y gastro-intestinales; pero no sucede lo mismo en otras partes. En San Petersburgo, en Berlin, en Viena etc, han ocurrido muy á menudo fenómenos catarrales, y en Copenhague el Dr. Keser

ha observado algunos casos en los que la laringuitis concomitante era tan intensa que ha sido necesario practicar la traqueotomía para evitar la asfixia. En Berlin, el Dr. Wllaret ha observado los mismos fenómenos, notando catarro de las mucosas nasal y ocular, una ligera traqueo-bronquitis, pero predominando siempre los fenómenos generales, postracion, vértigo etc.

En presencia de estos caractéres clínicos ¿qué diagnóstico podremos hacer de esta enfermedad? ¿Es la grippe? ¿Es la dengue? ¿Es una de estas dos enfermedades modificadas por las condiciones meteorológicas, ó es una enfermedad nueva, especial y desconocida?

La contestacion es por demás difícil, dadas las diversas opiniones que se sostienen al respecto, por notabilidades médicas conocidas.

Hay quien opina que es la grippe algo modificada y entre éstos podemos citar á Brouardel, Rochard, Colin, etc; otros como Dujardin-Beaumetz, Ollivier, Bucquoy, etc., creen que es la dengue atenuada por el clima europeo; otros como Proust se limitan á decir que es una enfermedad benigna, sin inclinarse ni á una opinion ni á otra—lo que no dejamos de reconocer que es muy prudente; y por último, algunos sostienen que es una enfermedad nueva, especial, que si bien presenta ciertos síntomas de la grippe y de la dengue, no es ni la una ni la otra.

Si, sin partido prévio y abandonando el *magister dixit*, examinamos con detencion el cuadro de síntomas que la actual enfermedad presenta, no dudamos que sacaremos en conclusion que no es ni la grippe, ni la dengue, modificadas ó no.

Todos sabemos que hay un sinnúmero de enfermedades que tienen uno ó varios síntomas iguales ó parecidos, y que, sin embargo, son muy diferentes.

No es una razon suficiente para hacer de dos enfermedades una, que tengan puntos de contacto en su evolucion y un grupo de síntomas iguales. Con eso se cometeria el mismo error que confundir el tifus con la fiebre tifoidea.

Examinemos, pues, los caractéres clínicos de la enfermedad

reinante, y hagamos un estudio comparativo con los de la gripge y de la dengue.

Hemos visto los de la primera; veamos los de las otras dos.

La grippe presenta en general postracion, cefalalgia, fiebre, estado catarral de las mucosas, de la laringe y de los bronquios, que produce naturalmente tos, dispnea, estornudos, lagrimeo, una espectoracion muy semejante á la de la bronquitis simple y rara vez fenómenos gastro-intestinales.

Comparando estos caractéres clínicos con los de la epidemia reinante, vemos fácilmente que si bien tiene unos comunes como postracion, cefalalgia, fiebre, etc., á esta última le faltan generalmente los fenómenos catarrales que caracterizan á la primera, y presenta además dolores articulares, retro orbitarios, fenómenos gastro-intestinales como náuseas, vómitos etc., y algunas veces erupciones cutáneas que la grippe nunca tiene, á pesar de las afirmaciones de Berden.

Ahora, segun el Dr. Le Roy Mericourt, que siendo cirujano mayor de la corbeta Arquímedes, ha podido observar varias epidemias de dengue en las islas Reunion y Mauricio, ésta no puede confundirse con la enfermedad reinante, pues en la primera la postracion es mucho mas considerable, los dolores articulares enormes, y despues de una fiebre intensa sobreviene constantemente una erupcion en la parte posterior de los miembros. Hay gran depresion del pulso, desaparece la erupcion primitiva y se presenta otra papulosa ó pustulosa que muchos médicos han confundido con la escarlatina, y á veces con un principio de viruelas! Estas erupciones terminan por una descarnacion que no tiene la epidemia actual. Además, segun el Dr. Proust, profesor de higiene en la Facultad de París, la dengue observada en Constantinopla y Egipto ha tenido siempre los mismos caractéres, tanto durante el invierno como en el verano, de lo que se desprende qne esta enfermedad no es modificada ni por el clima, ni por las variaciones atmosféricas. Esta observacion destruye completamente la opinion de algunos médicos como Bucquoy y otros, que creen que la epidemia reinante es la dengue modificada.

Como se vé, pues, la enfermedad que actualmente recorre la Europa no es ni la grippe, ni la dengue: tiene síntomas propios

que la caracterizan y la diferencian de estos dos estados patológicos, á pesar de tener una forma algo parecida.

Luego si no es ni la grippe, ni la dengue, ni ninguna de estas modificadas ¿qué puede ser? A otros mas competentes dejamos la palabra, y no dudamos que la ciencia, con esa fiebre de progreso que la anima, nos lo dirá bien pronto.

ENRIQUE TORNÚ.

Paris, Enerode 1890.

Honores al Dr. Rawson

La muerte del Dr. Guillermo Rawson ha provocado una sincera manifestacion de duelo nacional.

El gobierno argentino ha decretado funerales en París, y la traslacion de los restos del ilustre maestro á Buenos Aires.

Una comision popular presidida por Mitre corre con todo lo relativo á la recepcion de los despojos. La misma comision proyectará la ereccion de un monumento á la memoria del Dr. Rawson.

Suscriciones populares se inician en toda la República, y parece que el resultado será digno de los altos merecimientos de quien las motiva. Así debia suceder, dada la espectabilidad del Dr. Rawson, sus antecedentes de hombre público y privado, sus grandes virtudes republicanas.

Como hombre de ciencia será siempre recordado y venerado su nombre por los que tuvieron el honor de ser sus discípulos.

El pueblo, por su parte, justiciero siempre, se prepara á recibir en sus brazos los restos mortales del Dr. Rawson.

NECROLOGÍA

Volkmann—Ha muerto Ricardo Volkmann, el célebre profesor de cirujía en Halle. Fué un hombre de ciencia y un hombre de arte en toda la estension de la palabra. Maestro en la técnica, y profundamente versado en el método, y en las conclusiones científicas, sólo admitió el empirismo donde no pudo reemplazarlo con los datos de la Anatomía Patológica, de la Patología general y de la esperimentacion en los animales,

Sus trabajos sobre las enfermedades de los huesos y de las articulaciones, han sido el punto de partida de una nueva era para esa parte de la cirujía.

Le debemos los mas grandes adelantos en el conocimiento y en la terapéutica de la tuberculosis ósea y sinovial. Las otras lesiones de las estremidades, las enfermedades de las bolsas, los quistes del hígado, el cáncer del recto, han sido otros puntos á que Volkmann dedicó su fecunda actividad.

Durante largos años ha sido uno de los directores del *Centralblatt für Chirurgie*, y ha completado su papel de publicista científico dirigiendo la *Sammlung Klinischer Vorträge*, coleccion de trabajos clínicos cuyo número pasa de 400, y entre los cuales hay muchas pequeñas obras maestras.

El Dr. Antonio Suarez Aguirre—Ha fallecido recientemente en Buenos Aires el Dr. Suarez Aguirre, jóven médico graduado el año anterior, miembro del Círculo Médico, y expracticante de su policlínica.

Era el Dr. Suarez Aguirre un noble carácter, una inteligencia cultivada.

Sus condiscípulos y amigos han honrado su memoria, y en breve colocarán sobre su tumba una placa conmemorativa.

FORMULARIO

Dujardin Beaumetz ha estudiado recientemente la *exalgina*, sustancia nueva cuya fórmula es: $C^{9}H^{11}NO$, y que resulta de la accion del cloruro de acetilo sobre la monometil anilina.

Es eminentemente analgésica, y en este sentido su accion es mas poderosa y segura que la de la antipirina.

Las fórmulas por él empleadas, son:

R.	Exalgina	2 gr. 50.
	Alcoholato de menta	10 »
	Agua de tilo	120 »
	Jarabe de azahar	30 »

Si el gusto á menta fuera desagradable al enfermo, puede emplearse esta otra fórmula:

Exalgina	2 gr. 50
Tintura de cáscara de naranja	5 »
Agua	120 »
Jarabe de corteza de naranja amarga	30 »

Una cucharada grande de cada pocion contiene 25 centígramos de exalgina, y se tomará una cucharada por la mañana y otra por la tarde.

Tambien se emplea en sellos, pero la solucion aumenta el poder terapéutico de la sustancia.

Neumann emplea la siguiente fórmula para combatir las ulceraciones nasales de orígen sifilítico:

R.	Yodo	0 gr. 10 cent.
	Yoduro de potasio	1 »
	Glicerina	100 »

m. Para embadurnar la mucosa nasal.

Dujardin Beaumetz, en los casos de dilatacion del estó-

mago, aconseja impedir la formacion de toxinas en el tubo digestivo, con la siguiente receta:

R.	Salicilato de bismuto Magnesia inglesa Bicarbonato de soda	⁀ aa 10 gramos

en 30 sellos. Tomar uno en cada comida.

Tambien propone esta otra:

Salicilato de bismuto Naftol a Magnesia inglesa Bicarbonato de soda	⁀ aa 10 gramos

40 sellos. Tomar uno en cada comida.

Nikolsky aplica en el 1º y 2º grado de las quemaduras como tópico:

R.	Tanino	10	gramos
	Alcohol	10	»
	Eter sulfúrico	80	»

Gottschalk da lo siguiente para combatir los vómitos de la preñez:

R.	Mentol	1	gramo
	Alcohol	20	»
	Jarabe simple	30	»

Tomar una cucharada pequeña cada hora.

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 4

Anales del Círculo Médico Argentino

ABRIL DE 1890

INFLUENZA

Por el Dr. Roberto Wernicke

Profesor de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Director del laboratorio de la Sociedad Rural Argentina

La epidemia cuyo máximum de intensidad ha pasado en estos momentos, es la primera de esta clase que como médico he tenido ocasion de observar.

Segun los autores, deberia yo haber visto como estudiante la epidemia de 1875; no me recuerdo de ella, ni recuerdo que se haya hablado al respecto ni hecho notar como la actual.

No puedo ofrecer á mis lectores un número grande de observaciones sobre las cuales se haya llevado libro, como en una sala de hospital;—me fundo para mis consideraciones en las observaciones que he recogido en la práctica civil—observaciones que sabemos, no pueden hacerse, de manera alguna, con tanta proligidad como en una clínica. Si se agrega á la dificultad de observacion en el público, el recargo de trabajo que todos los del gremio hemos tenido con motivo de la epidemia, se perdonará la ausencia de historias detalladas en el presente artículo.

Presento mi trabajo sin pretension alguna, y lo publico para inducir por él á los colegas á dar á conocer las observaciones que ellos hayan hecho, y que vendrán á corroborar ó destruir mis aseveraciones.

Desde fines de Enero del corriente año hasta hoy 15 de Marzo, he asistido á mas de 250 casos de influenza.

Repartianse estos casos, mas ó menos por igual, en los diferentes barrios de la capital;—no me ha parecido que barrio alguno fuera mas intensamente atacado que otro.

Resulta de mis observaciones y de los informes que de compañeros he obtenido, que la epidemia debe haber empezado en Enero del corriente año. La mayor intensidad presentó la epidemia, á mi modo de ver, en la semana que empezó con las fiestas del carnaval.

Cuando llegaron á mi observacion los primeros casos de influenza, no reconocí la enfermedad; á todo colega que he interrogado le ha sucedido igual cosa.

Tratándose de enfermedad epidémica para mi desconocida, se comprende que recurriera á los autores á mi alcance para llenar el vacío que en mis conocimientos notara.

Estudié la enfermedad en los manuales mas modernos y completé mis informaciones acudiendo á autores mas antiguos, á los descriptores de las grandes epidemias de los principios de este siglo.

Debo confesar que no quedé satisfecho de la cosecha de datos que pude hacer; los datos que se me presentaron en los autores, referentes á la patología y á la terapéutica, me dejaron tan poco preparado como antes de emprender el trabajo.

Fundándome en mis estudios sostuve *urbis et orbis* que la influenza *no era contagiosa*,—que no valia la pena aislar á los enfermos pues que su trato no ofrecia ningun peligro, y á mas de una persona aconsejé no se moviera de Buenos Aires porque no corria aquí mas peligro que en la campaña, en una estancia en la cual habia podido aislarse.

Despues de haber observado la epidemia reinante, me declaro *contagionista* y rechazo completamente la propagacion á distancia con el aire ó los vientos como vehiculo; ni á las moscas quisiera dejar con semejante cargo.

Me parece que el período de incubacion puede durar dos dias ó mas.

La influenza apareció en Buenos Aires lo mismo que se presenta (y presentó en 1886/87), el cólera.

Los primeros casos pasaron desapercibidos;—luego se nos ofrecieron aquí y allá epidemias *caseras*,—y llegó un momento en el cual no era posible entrar á casa alguna en esta ciudad, en la cual no hubiera habido uno ó mas enfermos del mal reinante.

Mas del 50 % de la poblacion debe haber sido atacada.

No he observado en casa alguna que se hayan enfermado como primeros casos—personas que no salian á visitas ni recibian visitas.

He observado muchas veces que cuando una persona se enfermaba en una casa, el próximo atacado era aquella persona que mas en contacto estaba con el primer enfermo, y muchas personas me han podido decir de quién y cuándo se les habia *pegado* el mal.

Conozco una serie de epidemias caseras, ocurridas en nuestra campaña, con mas ó menos la siguiente marcha:

La familia salió á la estancia, como acostumbra hacerlo todos los años; no hubo enfermo alguno hasta que por cualquier causa tuvo que venir á Buenos Aires una de las personas que componia la familia; ésta vuelve á la estancia despues de permanecer en el pueblo solo pocas horas, durante las cuales tuvo que visitar á N. N., enfermo de *trancazo*. Dos dias mas tarde se enferma la persona que vino á Buenos Aires; 48 horas mas tarde se enferma el niño regalon del papá que fué y trajo de Buenos Aires la peste; del niño se contagia la sirvienta que lo cuida y cae enferma junto con la madre del niño; la madre contagia á los de adentro (sus hijos); la sirvienta á los de afuera (el servicio), notándose que ofrecen mas resistencias á la infeccion, tardan mas en enfermarse los niños mayores que pasan el dia al aire libre, los jardineros, etc., etc. que viven de una manera parecida.

¿No es forzoso admitir el contagio en este caso y en los análogos que todo médico debe haber visto?

Tenemos por el otro lado aquí, en Buenos Aires, una serie de casas que han quedado libres del mal; las que yo conozco

están habitadas por familias que por duelo ú otras causas se hallan aisladas del resto de la poblacion.

Ya se me ha hecho notar, y no faltará quien me lo quiera hacer saber nuevamente, que se han publicado muchos casos de buques que en alta mar han sido invadidos repentinamente sin que se supiera cómo.

Se dice que el aire debe haber llevado el contagio—y se dice que un solo caso de esos que no pueden explicarse de otra manera, basta para destruir todo mi raciocinio. ¡No lo concedo!

Pretendo que ha habido defectos en la observacion y cito para mi defensa toda esa cantidad de epidemias de cólera que se pretendia haber observado en buques en alta mar; —tambien para esos casos ha querido inculparse al aire, y esos casos hoy dia no los consideramos fehacientes. Para el cólera nos hemos hecho contagionistas *todos;* para la influenza lo seremos en poco tiempo! Cuando sea posible (en algunos meses mas) recopilar todo lo que sobre la actual pendencia se haya escrito, cuando se hayan contado y pesado los votos de los contagionistas, éstos serán los que saldrán victoriosos.

Es la influenza la última de las enfermedades epidémicas para las cuales se sostiene la propagacion á distancia, y me sospecho que no conservará ese puesto por mucho tiempo mas.

A los que crean que es herética mi sospecha, les recuerdo que los de mi generacion tuvieron que aprender despues de graduarse que no existen gases permanentes.

Aprendí en los autores, y con ellos lo he repetido, que la estacion calurosa del año es la menos propicia á la propagacion de la influenza, si bien mantuve la reserva de algunos de ellos, diciendo que se conocian epidemias que habian evolucionado, aunque con poca intensidad, en los meses de verano. Nuestra epidemia actual nos enseña que en el rigor de un verano fuerte pueden desarrollarse epidemias intensísimas de trancazo.

En los manuales se dice que la influenza se presenta en epidemias aunque intensas casi siempre ó siempre benignas.

Por suerte, no nos corresponde, ni debemos ni podemos rebatir esa aseveracion; nuestra epidemia ha sido benigna: solo ha causado escasísimas muertes entre las personas que querian ó podian cuidarse.

No ha sido posible comprobar la benignidad de la enfermedad en muchos puntos de Europa; así, en París, por ejemplo, la mortalidad normal de 200 por dia llegó á duplicarse, y de los 200 cadáveres de aumento que habia diariamente, la mayoría (sino la totalidad) debia atribuirse á la grippe.

De los enfermos que yo he observado, solo uno se ha muerto, pero ese enfermo tenia al caer con influenza una hemiplegia consecutiva á una embolia, para la cual salió el coágulo de un saco aneurismático de la aorta ascendente.

¿Se deberá la benignidad de nuestra epidemia á los calores que reinaron mientras estaba en su punto de culminacion?

Viénele á la influenza el nombre de *trancazo* del repentino comienzo de la enfermedad, sin prodromos, sin malestar que haga sospechar al futuro enfermo, segun se lee en los libros.

Cierto es que he visto, como muchísimos colegas lo habrán tambien, muchos casos en los cuales la influenza no se le anunciaba al paciente; éstos caían repentinamente como si hubiesen recibido un garrotazo.

Cuando ví los primeros casos en la actual epidemia exijí á mis enfermos que no hubieren tenido prodromo alguno. Me convencí de que en muchos, casi diré en la mayoría de los casos, existe un período prodromal mas ó menos manifiesto, con síntomas variabilísimos y de duracion de varias horas á varios dias.

Me inclino á pertenecer á aquellos para los cuales los síntomas prodromales no son tales sino simplemente iniciales, y debo por eso agregar que he llamado (con los autores) síntomas prodrómicos, aquellas molestias propias de la influenza que el enfermo soporta en pié.

Muy pocas veces he tenido ocasion de observar un chucho

como primer síntoma de la enfermedad. He observado varias veces un chucho terminar el cuadro de síntomas iniciales (ó prodrómicos).

En un niño de 2 años ví iniciarse la influenza con un ataqué de convulsiones que, como todos sabemos, suelen reemplazar el chucho en los niños.

Una vez declarada la influenza, se me ha presentado con una variedad de síntomas verdaderamente extraordinaria;—mas de una vez solo la continuidad de una cadena de casos (ó contagiones) y una convalecencia prolongada me ha permitido establecer el diagnóstico.

Me permito adelantar que he visto faltar todos los síntomas que se describen, menos los *sudores y la anorexia.*

He tenido ocasion de observar los casos de influenza simple, es decir, la enfermedad febril con un cúmulo de síntomas de la fiebre sin una indicacion de lesion de órgano alguno, y las tres formas complicadas con síntomas craneanos, toráxicos y abdominales.

La forma simple no era la mas frecuente; igualmente frecuentes me parecieron los casos con síntomas reumatoideos.

El dolor lumbar y los dolores en la musculatura del tronco los considero de los síntomas mas frecuentes de la influenza; estos dolores preceden el período febril ó se inician con ó durante él.

Entre los casos complicados, los mas lo eran con síntomas de parte del aparato respiratorio: catarros nasales, faringeos, laringeos, traqueales y bronquiales. He tenido la suerte de no ver un solo caso de bronconeumonía; dos veces he visto hemóptisis en casos sospechosos de tuberculosis.

Los casos de influenza con síntoma de parte del aparato disgestivo se me han presentado con menos frecuencia que los del grupo anterior; la anorexia que he visto siempre, la considero síntoma general ó de la fiebre.

Vómitos he observado al principio de la enfermedad sobre todo en los niños en una enferma los ví incoercibles por espacio de 24 horas; los dolores consecutivos á los vómitos son los

únicos dolores en el abdómen que ví durante el período febril.

Diarreas he observado en 2 ó 3 enfermos:—en otros 3 enfermos síntomas de una inflamacion del recto y S. iliaca.

Entre los casos complicados con síntomas craneanos, rubrico los casos con delirio, fuerte cefalalgia y fotofobia y sensibilidad del cuero cabelludo, en enfermos con temperatura que hacian imposible atribuir esos síntomas á la fiebre.

En cuanto á la marcha de la temperatura, son como se comprende muy exiguos los datos que la observacion (en la práctica civil) me ha dado. He visto enfermos con muchos síntomas generales y aun locales, en los cuales el termómetro nunca marcó mas de 38°.

He visto enfermos que solo se sentian algo cansados e inapetentes, y temperatura de 40°. y mas. La temperatura mas alta que he observado ha sido 40,5°.

He comprobado unas veces el ascenso brusco de la temperatura,—en pocas horas desde la normal á 40°, y en otros casos he visto hacerse el ascenso poco á poco en 24 ó mas horas; estos últimos casos generalmente no han llegado á tener 40°.

He visto durar la fiebre 12, 24 á 72 horas; me ha parecido verla desaparecer en pocas horas y he observado un descenso paulatino.

Durante la fiebre el pulso ha guardado una frecuencia en relacion á la temperatura;—en la defervescencia he observado muchas veces un pulso muy poco frecuente, 50 y menos pulsaciones por minuto por espacio de 12 á 24 horas.

He tenido ocasion de observar enfermos indiscutiblemente atacados de influenza y sin fiebre.

De los síntomas que he clasificado de constantes, me falta hablar de los sudores; me ha parecido que nunca faltaron.

¿Será por la estacion que pasamos?

No me parece; pues creo con un grupo de colegas haber percibido un olor especial en el sudor de los influenzados, un olor acre, que no es propio del sudor en el sano y en otras enfermedades.

He tenido ocasion de ver sudores profusísimos—mas profusos que los que he observado en el reumatismo poliarticular agudo.

En un cierto número no muy pequeño de casos pude notar un aspecto especial de la orina; ésta era escasa, pero con un color muy pálido con relacion á la cantidad. He visto orinar apenas 500 cent. cúb. de color amarillo paja. No me he visto en el caso de buscar albúmina ó glucosa en la orina de los influenzados.

Pasado el período agudo de la influenza han entrado mis enfermos todos en una convalecencia desproporcionalmente larga en relacion á la enfermedad.

Dos ó tres dias de fiebre iban seguidos de un período de 3 á 25 dias (tanto mas corto cuanto menor el paciente) de bienestar relativo—bienestar que aumentaba diariamente, pero que al empezar á sentirlo no dejaba bastante ánimo ó fuerza al enfermo como para dedicarse á sus quehaceres ó emprender algun trabajo intelectual ó material.

Durante el período de convalecencia, he tenido la ocasion de ver un número casi igual al de enfermos que vi en cama; todos ellos se admiraban de la debilidad que lés habia traido el ataque.

De entre las afecciones molestas que he observado en la convalecencia citaré solo algunas.

Muchos de mis enfermos se me han quejado de *insomnio*; un número aun mayor quedó con un catarro de los senos frontales; varios de ellos con síntomas de una otitis media; una enferma tuvo una serie de petequias; en otra ví la formacion de flictenas cutáneas.

Un parto prematuro y un aborto deben figurar en mi enumeracion de consecuencias tardías de la influenza.

No me ha parecido que la influenza haya influenciado de manera alguna el pulmon de una serie de tuberculosos que desde antes de la epidemia asistia, y que durante y despues del ataque de la enfermedad reinante he podido examinar.

A varios cardiacos y asmáticos he visto sobrellevar sin inconveniente la grippe.

Intencionalmente no he mencionado las erupciones que pueden acompañar á la influenza; solo una ó dos veces he visto durante ella herpes labial. Una vez ví un edema fugaz en la cara en una enferma que dos dias antes de caer con influenza empezó á tomar yoduro de potasio;—una vez ví una erupcion urticarioide en una criatura que estaba llena de un eczema artificial á consecuencia de los bichos colorados.

Segun mis observaciones, las erupciones solo rara vez acompañaron á la influenza.

Mis observaciones de influenza han sido hechas en personas de todas edades;—el enfermo menor que ví tenia 5 á 6 meses; el mayor 87 años.

No he podido notar que sexo alguno fuera mas atacado, siempre que los candidatos se expusieron de igual manera. No considero que los niños sean mas ó menos predispuestos que los adultos;—igual cosa digo de los ancianos en relacion á los de edad mediana. Los niños y los ancianos por su modo de vivir se exponen menos, están casi siempre menos en relacion con el contagio ó los contagiosos.

Antes de ocuparme de la terapéutica, permítaseme una pequeña digresion sobre la patogénia de la influenza.

Creo que á la fecha es necesario convenir que un microbio debe ser el productor de la enfermedad. No podremos echarle la culpa á la composicion química del aire; la influenza se contagia como el sarampion, la viruela, el tifus de recaidas, ó el petequial.

El parásito causante ha sido buscado por los observadores europeos;—no sé si por los argentinos:—no ha sido posible aun designarlo.

La variabilidad y multiplicidad de los síntomas, lo mismo que la rápida al mismo tiempo que algo extraña propagacion, en la cual puede notarse que la predisposicion del individuo parece no ser constante sino que aparece muchas veces repentinamente sin causa conocida determinante,—da lugar á que

se pueda sostener la idea de que se trate en la influenza de la accion concomitante de dos ó mas invasores—que aunando sus esfuerzos producen la infeccion—un *sindicato de microbios*, se diria para estar á la moda del dia.

¡Es una hipótesis, una ocurrencia!

¿Cuál es la puerta de entrada para la influenza? ¿Cuál el sitio en que el microbio evoluciona?

Regla general (con sus excepciones) es que el microbio invasor deja rastro en el sitio de ingreso, que se manifiesta su evolucion en el órgano dentro del cual se ha instalado.

Nothnagel (el primer autor que se nombra en este trabajo—ha sido mi maestro) invitado á exponer sus ideas sobre la influenza, dijo que al modo de ver de él, un microbio que debe producir pocos síntomas locales debe producir en alguna parte del organismo una tomaina (toxina ó leucomaina) que absorbiéndose diera lugar á los síntomas generales. Es á mi modo de ver buen modo de raciocinar; me permito completar su hipótesis sospechando que el microbio (ó microbios) productor de la tomaina evoluciona en el aparato digestivo; solo allí pueden desarrollarse infinidad de micro organismos sin producir mayores síntomas locales

La anorexia se esplicaria por su presencia. Una vez empezada la absorcion de las tomainas empieza el cuadro mórbido.

En los casos con síntomas prodrómicos (iniciales), la produccion de tomainas ha ido despacio; en los casos que se manifiestan repentinamente se han podido ó debido absorber tomainas en gran cantidad y de golpe.

Para admitir como algunos como punto de invasion primitiva al aparato respiratorio—son demasiado inconstantes los síntomas en ese aparato,—aparato del que sabemos que es el que mas fácilmente y con mas energia reacciona cuando algun invasor llega á él.

Sobre la inmunidad que confiere un ataque de influenza, se discurre en los autores;—muchos pretenden que han visto con frecuencia recaidas y recidivas.

Segun mis observaciones y mis informes, la influenza no repite con mas frecuencia que el sarampion.

Para terminar, me confesaré culpable por haber al principio de la epidemia maltratado á mis enfermos *lege artis* con todo un fárrago de remedios que mis libros se permitian indicarme.

Cuando me convencí de que por ningun tratamiento podia acortar la enfermedad, cuando me convencí de que la *yugulacion* era imposible, lo pasaron mejor mis clientes.

Creyendo que era necesario hacer eliminar algo disuelto en los líquidos del organismo, he favorecido la diaforesis y la diuresis.

He combatido la cefalalgia con antipirina—pero solo en los casos en los cuales el estado general de los enfermos sufria por ella ó cuando el termómetro se acercaba á 40º—me han bastado dos gramos para conseguir mi objeto.

En cuanto se presentaba la apirexia completa he dado un laxante salino.

Los demás síntomas, los he atendido como tales; las complicaciones recien pasando la convalecencia fueron motivo de medicacion.

No me creí autorizado á poner en práctica el tratamiento que dejo indicado sinó despues de haberlo ensayado en mi persona y en mi familia. Mis enfermos me han agradecido el esperimento que en mi casa practiqué; las molestias propias de la influenza bastan: ninguno deseó que se le agregáran terapéuticas.

CLINICA QUIRURGICA

ANGIOMA DE LA LENGUA

ESTIRPACION—CURACION

Por el Dr. Luis C. Maglioni

Luis M. Repetto, argentino, de 7 años de edad, de temperamento linfático, padecia desde la edad de 5 años de un tumor desarrollado en la porcion anterior é izquierda del dorso de la lengua.

A la inspeccion y á la palpacion se notaban la superficialidad y el aislamiento de dicho tumor del resto de los tejidos sanos. Era además compresible y cambiaba espontáneamente de volúmen y de coloracion.

La desaparicion del tumor por la compresion no era completa. Era mas bien un tumor mixto: su fondo vascular (angioma), su corteza de aspecto condilomatoso, verrugoso (papiloma).

Es posible que en sus comienzos fuese este *nævus* mas simple y que, como sucede algunas veces, hubiese experimentado mas tarde la degeneracion papilomatosa.

Nada inducia por lo demás á sospechar de la benignidad de este tumor.

La edad del enfermo, la ausencia de infartos ganglionares, la blandura de los tejidos vecinos, etc., excluian la idea de un tumor maligno.

Cuando ví á este enfermo en Mayo de 1889, el volúmen del tumor seria el de una fresa mediana. Por épocas estaba achatado y de un color blanco azulado y á veces mas oscuro y turgente, dando entonces lugar á pequeñas hemorragias. No

producia dolor, pero estorbaba á la masticacion y á la deglusion de los alimentos.

Propuse al padre del enfermo esperar algun tiempo antes de hacer una operacion radical; (hoy creo que estos tumores deben operarse sin pérdida de tiempo).

Como el tumor aumentase gradualmente de volúmen, resolví operarle el 24 de Setiembre de 1889.

Tratándose de una operacion fácil de ejecutar me asaltaba sin embargo este justo temor: la hemorragia secundaria en un órgano tan rebelde como la lengua y en un niño que por su edad hubiese hecho sumamente difícil la hemostasis sin el auxilio del cloroformo.

El 24 de Setiembre, ayudado por los Dres. Valdez y Klappenbach, procedí á la operacion.

Cloroformado el enfermo, pasé por medio de una aguja un hilo doble en la punta de la lengua para procurar su inmovilidad; procedimiento cómodo y superior al de la pinza, que ví emplear al Dr. Bryant en el Guy's Hospital de Lóndres y que recomiendan Butlin y tambien Tillaux en su notable y reciente obra de Cirujía Clínica.

Provisto de galvano-cauterio, termo-cauterio y bisturí, dí la preferencia al primero una vez que, probada, funcionó bien la inconstante pila.

Tomado el tumor con una pinza, practiqué con el cuchillo galvánico su diseccion, entrando un poco en los tejidos sanos vecinos de su periferia y cauterizando el suelo de su implantacion. Se presentaron cuatro puntos de hemorragia arterial que ataqué sucesivamente con las pinzas de Péan. Traté sin lograrlo de hacer despues la hemostasis por torsion de estas arteriolas, en vista de lo cual practiqué su ligadura con *cat-gut*.

Cuando, pasada la accion de cloroformo, hice sacar la lengua á mi enfermo, recibí una impresion inesperada que quiero dejar consignada en esta historia. He dicho que el tumor tenia el tamaño de una fresa mediana. Tenia tambien próximamente su forma.

Como el tumor no era pediculado ó por lo menos su pedículo era casi tan ámplio como aquel, la superficie de seccion tendria unos 20 milímetros en su diámetro ántero-posterior

por 15 milimetros en su diámetro transversal. Creí, pues, que despues de operado se presentaria á mi vista en el dorso de la lengua una superficie de pérdida de sustancia proporcional á aquellas dimensiones.

Grande fué mi sorpresa cuando me encontré en presencia de un surco ántero-posterior formado por la aproximacion de los dos bordes longitudinales de la herida operatoria. Este surco era enteramente lineal y esta línea fué la de la cicatriz que quedó definitivamente establecida á los ocho dias de la operacion.

Buenos Aires, Febrero 15 de 1890.

PROFILAXIA DE LA TUBERCULOSIS

Por Enrique Tornú

Miembro Corresponsal del Círculo Médico Argentino

Nadie ignora los estragos que causa la tuberculosis bajo sus diversas formas, sobre todo en los grandes centros de poblacion donde el *modus vivendi* de la gente proletaria está en general reñido con los principios mas elementales de la higiene.

La estadística de la mortalidad nos prueba con sus irrefutables argumentos, que la tuberculosis produce un número de víctimas que llega á veces á constituir la séptima parte del total de defunciones. Esta cifra es por demás elocuente y no necesita comentario para demostrar la necesidad de poner en práctica todos aquellos medios á nuestro alcance, que puedan atenuar la marcha siempre creciente de esta terrible enfermedad.

Los tratamientos terapéuticos conocidos hasta ahora son todos mas ó menos ineficaces, y solo podremos disminuir el número de víctimas mejorando las condiciones higiénicas de las ciudades y vulgarizando aquellos conocimientos que permitan á cada individuo hacer por sí mismo la profilaxia de la enfermedad. Esta es la razon principal que nos induce á publicar las conclusiones expuestas en la sesion del 29 de Octubre ppdo., de la Academia de Medicina de París, por el Dr. Villemin, y que constituyen poco mas ó menos el resultado del último Congreso de la Tuberculosis celebrado en la capital francesa.

El Dr. Villemin, que hoy figura entre las mas distinguidas ilustraciones del mundo médico, ha sido el primero que descubrió la inoculabilidad de la tuberculosis del hombre á los animales, y en el año 1865 probó por una serie de experiencias la naturaleza contagiosa de esta enfermedad por inoculacion.

Este descubrimiento, como toda idea nueva, fué al principio mal acojido y hubo en la Academia apasionadas discusiones que obligaron á Villemin á hacer nuevos esperimentos que dieron por resultado el triunfo de sus opiniones.

Entre las numerosas objeciones que se le hacian puede citarse como principal la siguiente: Que sus esperiencias eran nulas porque el conejo es un animal muy predispuesto á la tuberculosis y que todo esperimento hecho sobre él basta para tuberculizarlo; que inyectada bajo su piel cualquier sustancia el animal reaccionaba produciendo tubérculos. En fin, que nada le habia trasmitido y que al inocularlo solo habia precipitado la tuberculosis en este animal que está inminentemente predispuesto á ella.

El Dr. Villemin no se desanimó por esto y emprendió nuevamente sus esperiencias probando de una manera evidente la verdad de su descubrimiento. Probó que no se trataba de infecciones piogénicas ó sépticas que tantos cuerpos estraños desarrollan en los animales, sinó de una infeccion trasmisible y que no tiene ninguna semejanza con las septicemias purulentas ó pútridas.

Sentado el principio de la naturaleza contagiosa de la tuberculosis por inoculacion, los trabajos se dirigieron á buscar el virus animal, á descubrir el agente mismo de la virulencia y

cupo la gloria á Koch, que en 1882 demostró de una manera definitiva la existencia del bacilus que lleva su nombre, causa única de la enfermedad.

Si embargo, estos dos notables descubrimientos solo han dado hasta el presente resultados prácticos mediocres, pero es de esperarse que mas tarde nos darán la base de una cura científica de la tuberculosis ¡Entre la tapa de la marmita que levanta la expansion de vapor del agua que sorprende á Papin, y la actual locomotora que arrastra cientos de wagones, cuán grande no es la diferencia y cuántos años no pasaron!

Entre Villemin y Koch, descubriendo la infecciosidad de la tuberculosis y sus parásitos, y el descubrimiento de un tratamiento eficaz para la cura radical de esta enfermedad ¿cuánto tiempo trascurrirá?

Por hoy, pues, solo podemos disponer de la profilaxia y por este motivo creemos útil publicar á continuacion las conclusiones de que hemos hablado mas arriba:

I—«La tuberculosis es de todas las enfermedades la que causa mayor número de víctimas. En las grandes ciudades constituye la cuarta y á veces la séptima parte de la mortalidad general. Para explicarse la elevacion de esta cifra es necesario tener en cuenta que la tísis pulmonar no es la sola manifestacion de la tuberculosis como lo cree el público generalmente; en efecto, un sinnúmero de enfermedades como ciertas pleuresias, meningitis, peritonitis, enteritis, lesiones óseas y articulares etc., son enfermedades de la misma naturaleza.»

II—«La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, parasitaria, causada por un microbio: pero ella no es trasmisible á un individuo sano por un sujeto enfermo, sinó en condiciones especiales que vamos á determinar. Fuera de su trasmision hereditaria directa, el microbio de la tuberculosis penetra en el organismo por la vias aéreas con el aire inspirado; por el canal dijestivo con los alimentos; por la piel y las mucosas cuando hay llagas, ulceraciones, etc.»

III—«La fuente de contagios mas frecuente y mas temible reside en los esputos de los tísicos. Casi inofensivos cuando están al estado líquido, se vuelven peligrosos cuando se secan y se reducen á polvo. Revisten prontamente esta forma cuando son proyectados en el suelo, en los muros, en los vestidos, en

las colchas, en las alfombras, en las cortinas etc., y cuando se les coloca en los pañuelos. Es entonces que secos y pulvurentos se ponen fácilmente en movimiento por el acomodo. Este polvo suspendido en el aire penetra en las vias respiratorias, se deposita sobre las superficies cutáneas y mucosas desprovistas de su capa epidérmica, sobre los objetos de uso etc, y se hace así un peligro constante para las personas que permanecen en la atmósfera así viciada.»

«El principio contagioso de la tuberculosis se encuentra tambien en las deyecciones de los tísicos, sea que ellas provengan de lesiones intestinales propias á esta afeccion, sea que ellas provengan de los esputos tragados por los enfermos. Muy frecuentemente éstos están atacados de diarrea, ensucian sus sábanas y su ropa interior, creando así una fuente de infeccion contra la cual es necesario ponerse en guardia.»

1º—«*Convencerse de la necesidad de tomar las mayores precauciones con respecto á las materias de la espectoracion de los tísicos. Ellas deben siempre y en todas partes ser recibidas en salivaderas, conteniendo una cierta cantidad de líquido. Estas deben ser vaciadas todos los dias en el fuego y limpiadas con agua hirviendo.*

El uso de las salivaderas no debe limitarse á los hospitales y á las habitaciones particulares: es indispensable adoptarlas para todos los establecimientos públicos.»

2º—«*No dejar secar la ropa ensuciada por las deyecciones de los tísicos, sino sumerjirla por algun tiempo en el agua hirviendo, ó mas bien quemarla.*»

3º—«*Evitar de acostarse en el lecho de un tuberculoso y habitar su pieza lo menos posible, si es que minuciosas precauciones no han sido tomadas contra los esputos y contra las ropas manchadas por las deyecciones.*»

4º—«*Obtener que las piezas de los hoteles, casas amuebladas, chalets, etc., ocupadas por los tísicos en las estaciones de baños sean amuebladas y tapizadas de tal manera que la desinfeccion sea fácil y completamente realizada despues de la partida de cada enfermo.*»

5º—«*No hacer uso de los objetos contaminados por los tísicos* (ropas, muebles, tinturas, objetos de *toilette*) *sinó des-*

pues de haberlos previamente desinfectado (estufa bajo presion, vapores sulfurosos, etc.)»

IV—«Si los esputos de los tísicos y sus excreciones alvinas son el orígen mas comun de las tuberculosis adquiridas, no son sin embargo la única causa. El parásito de la enfermedad puede adquirirse de la leche, de la carne y de la sangre de los animales enfermos que sirven para la alimentacion del hombre (buey, vaca y sobre todo conejos y aves domésticas).»

Entonces es necesario que:

1º—«*La madre tuberculosa no amamante á su hijo: debe confiarlo á una nodriza robusta, que viva en el campo, en una casa nunca habitada por tísicos, donde con las mejores condiciones higiénicas los peligros del contagio tuberculoso son mucho menores que en las ciudades. Si el amamantamiento al seno es imposible y se le reemplaza por el artificial con leche de vaca, ésta debe hacerse hervir siempre. La leche de cabra y de burro ofrecen menos peligro.*»

2º—«*Debe absolutamente prohibirse la venta de carne de los animales tuberculosos. El público debe asegurarse si la inspeccion de las carnes exigida por la ley es conveniente y rigurosamente ejercida.*»

3º—«*La costumbre de ir á beber sangre caliente á los mataderos es peligrosa, siendo además completamente ineficaz.*»

V—«Todos los individuos no tienen el mismo grado de aptitud para contraer la tuberculosis. Hay individuos especialmente predispuestos y que deben redoblar las precauciones para evitar las circunstancias favorables á la contaminacion de que hemos hablado mas arriba, y son:

1º—«*Las personas nacidas de padres tuberculosos ó que pertenecen á familias que cuentan con muchos miembros atacados de esta enfermedad.*»

2º—«*Los que se han debilitado por las privaciones y los excesos. El abuso de las bebidas alcohólicas es especialmente peligroso.*»

3º—«*Están tambien predispuestos á la tuberculosis, los individuos atacados ó en convalecencia de la coqueluche, la viruela, el sarampion y, sobre todo, los diabéticos.*»

Tales son los principios de profilaxia de la tuberculosis presentados á la sancion de la Academia de Medicina de París por el Dr. Villemin, y que, examinados detenidamente y sin hacernos campeones de ninguna teoría, no podemos menos de encontrarlos eficaces y dotados de un buen sentido práctico.

París, Febrero 14 de 1890.

CORRESPONDENCIA

EN LA SALPETRIÉRE

Un caso de doble personalidad.

Señor Director de Los Anales del Círculo Médico Argentino.

Se está estudiando en este momento en el servicio de Charcot un caso bastante raro en que la personalidad está desdoblada. Es una chicuela como de quince años que tiene dos vidas ó dos yo distintos, uno nocturno y otro diurno.

Lo bueno es que las dos personalidades son completamente separadas, y el número 1 no recuerda jamás lo que ha hecho el núm. 2, y viceversa.

En cambio el núm. 2 recuerda muy bien lo que ha hecho el núm. 2, un dia ó dos antes, y el núm. 1 lo mismo.

Parece que el estado nocturno es el estado normal. Es una histérica que tiene entonces una paraplejía histérica y arrastra su pierna derecha que es un placer. Tiene conciencia de todo y siente perfectamente todo lo que se le hace, fuera de su hemianestesia y demás estigmatas.

Por la mañana al despertarse es una persona completamente

distinta la que se nos presenta. La chicuela está en un estado hipnótico que abraza los tres períodos del hipnotismo artificial, porque si se le comprime el nervio cubital se produce una extension del pulgar, índice y medio, signo característico del primer período del hipnotismo, la letarjía. Al mismo tiempo es cataleptica, y en cualquier posicion que coloquemos sus miembros quedan en ella con la *flexibilitas cerea* descrita por todo los autores.

Al mismo tiempo tambien presenta el tercer período del hipnotismo producido artificialmente y es el sonambulismo, en el cual el enfermo es susceptible de sufrir todas las sugestiones posibles. Si se sopla el brazo ó la nuca sin que se aperciba la enferma, se produce la contractura característica de este tercer período.

Como se ve, esta chicuela no tiene los caracteres del hipnotismo verdadero ó artificialmente producido, en el cual nunca se presentan á la vez los tres períodos como en este caso, sino que siguen un órden progresivo, y nunca un sujeto en catalepsia, por ejemplo, contestará á las preguntas que se le hacen y las sujestiones producidas en el tercer período del hipnotismo.

Lo curioso que tiene este caso, es que se puede sugestionar al núm. 2 que se transforme en el núm. 1 con una órden imperiosa, y entonces vemos que la muchacha empieza á arrastrar sus piernas mientras que un momento antes caminaba libremente. Además, no reconoce un retrato que se le habia mostrado en su período de hipnotismo.

Este segundo estado de dia solo dura unos segundos y es recien á las 6 de la tarde, cuando ha desaparecido la luz, que vuelve á tomarlo.

La doble personalidad que estudiamos solo se presenta en ciertas formas de alienacion mental, pero con esta diferencia—que en el loco las dos personalidades se conocen y siempre el alienado se refiere á *él*, es decir, á esa otra persona que vive en él y con la cual está en contínuo contacto.

En nuestro caso la separacion no es absoluta, porque la enferma habla, camina, cose, y en su pobre cerebro germinan ideas, basadas sobre conocimientos adquiridos anteriormente,

porque, olvidaba decir, que solo hacen tres meses que se halla en ese estado.

La herencia se manifiesta clara en esta enferma. El padre epiléptico, un tio con ataques histéricos.

El profesor Charcot nos mostró ese mismo dia otro caso en el cual ha conocido antes esa misma doble personalidad, pero que ahora se ha refundido en un estado hipnótico contínuo, caracterizado siempre por la presencia simultánea de las tres fases del hipnotismo: letarjía, catalepsia y sonambulismo. Es una mujer de quien se puede decir con toda justicia que su vida es un sueño. Puede pasar, sin embargo, y con una facilidad extraordinaria, al hipnotismo producido. Basta golpear las manos para verla en estado de catalepsia y verdadero entonces, porque en vano se le habla, no contesta, y parece completamente fuera del mundo exterior.

Como se vé, estos dos casos son simplemente autómatas que viven, comen, caminan como animales y á quienes se puede hacer creer las cosas mas extraordinarias en el pleno uso de lo que llamaré, aunque impropiamente, *su razon.* En el segundo caso produjimos una verdadera ebriedad sugestionándole que bebia Champagne.

Este asunto necesita estudiarse, y Charcot mismo no se atreve á darle un nombre todavia.

Saluda atentamente al Sr. Director.

Dr. Roman Pacheco.

Paris, Febrero 6 de 1890.

Sobre los peligros de la cocaina

Por M. Dufournier

Interno de los Hospitales de París

Traducido de los *Archives générales de Médecine* para *Los Anales*, por N. E.

Hace algún tiempo que la cocaina motiva muchos artículos de diarios, revistas y tesis.

Ha entusiasmado tanto que ciertos cirujanos hacen preceder casi toda operacion vulgar de una inyeccion de cocaina.

¿Merece este honor? No se ha hecho de ella un uso abusivo é intempestivo?

Este entusiasmo, creemos nosotros, debe ser refrenado y los accidentes, á veces mortales, á que da lugar, valen la pena de ser meditados.

La cocaina pasa por ser un anestésico local, pero da lugar á menudo á trastornos generales, que dependen de su influencia sobre el sistema nervioso. Las observaciones son numerosas; pocos cirujanos hay que sirviéndose de la cocaina no hayan tenido accidentes: el trabajo de Mattisou, publicado en los dos números de Marzo y Ábril de 1887, del «Médical Age», cita casi 40 casos; Lépine casi 30. Reclus y Wall, calurosos partidarios de la cocaina, habiendo estudiado con cuidado su modo de administracion, refieren 5 casos personales. Es decir, que se podria hacer una coleccion considerable de hechos. Un gran número se asemejan; así no daremos sino un cierto número de los mas típicos de las observaciones publicadas.

La intoxicacion se manifiesta por palidez de la cara, sudores fríos, aceleracion de los latidos del corazon, respiracion frecuente y superficial, dilatacion de la pupila, angustia precordial, vértigos, náuseas, vómitos, pérdida incompleta del conocimiento con un sentimiento de fin cercano, en una palabra, callapsus vecino del coma. En fin, convulsiones tónicas y clónicas, parciales ó generalizadas, con todo el cortejo de

síntomas que acompañan ordinariamente á las convulsiones: cianósis de la cara, disnea, pequeñez del pulso y muerte.

Agreguemos los síntomas psíquicos.

Entre estos accidentes, los unos son poco graves y ceden fácilmente á una medicacion apropiada; los otros, al contrario, son mas alarmantes, y cuando no son mortales pueden influenciar al organismo por varios dias.

La dosis tóxica no es fácil indicar; es mucho menos precisa que la de los otros alcaloides.

Así, Delbose ha notado accidentes con la dosis mínima de 1/2 miligramo, y por otra parte se ha visto que inyecciones repetidas correspondientes á un total de 1 á 2 decigramos, no presentan ningun inconveniente.

Segun el profesor Wöfler, de Gratz, las inyecciones en la cabeza y en la cara serian las mas peligrosas; ha visto sobrevenir accidentes á partir de la dosis de 2 centígramos.

En seguida de una inyeccion, cerca del párpado superior, de una gota y media de una solucion al 10 °/₀, Morwet (Lancet, 13 Febrero 1888) ha observado síntomas convulsivos, etc. Despues de una simple instilacion en el ojo de 2 gotas de una solucion al 4 °/₀, el Dr. Ziem (de Dantzig) ha visto la cara ponerse pálida, cubierta de sudor y la respiracion embarazosa.

Nychausen cita el caso de una niña de 12 años, á la cual instiló 2 gotas de una solucion al 2 °/₀ en la conjuntiva, 4 veces, con un intervalo de 5 á 8 minutos. En todo se instiló un poco menos de 1/2 centígramo del que la mitad se perdió con las lágrimas. Inmediatamente despues de la operacion, la enferma empezó á quejarse de la cefalalgia que se agravó hasta hacerse intolerable. Náuseas y vómitos todo el dia.

La enferma estaba postrada y no podia sostenerse sobre sus piernas.

Habia perdido la palabra como si hubiese tenido una paralizacion de la lengua. Estos síntomas de envenenamiento duraron toda la noche, en la que no tuvo reposo y desaparecieron gradualmente al dia siguiente.

Se han señalado igualmente accidentes consecutivos á pulverizaciones é insuflaciones en las fosas nasales, faringe, laringe ó pinceladas en la boca, etc.

Hay tambien relaciones de envenenamientos despues de inyecciones hechas fuera de la cabeza, aun sobre los miembros, de inyecciones en la vejiga, uretra, recto, etc.

Vemos, pues, que la cocaina, cualquiera que sea la forma en

que se emplee, cualquiera que sea la region en que se aplique, puede dar lugar á síntomas mas ó menos graves.

La cuestion de edad y sexo no parece tener ningun rol; en efecto, entre las observaciones publicadas encontramos sujetos de todas las edades, desde la infancia hasta la vejez. Sin embargo, segun Hœnel, los viejos, en general los débiles, tienen mayor susceptibilidad.

MM. Reclus y Wall recomiendan tener en cuenta las alteraciones renales.

Otra consideracion sobre la cual ciertos autores han llamado la atencion, es la situacion en que se coloca el enfermo, que se somete á la accion de la cocaina. Los dentistas y los laringologistas han señalado mas accidentes que otros, sin duda porque lo emplean mas á menudo y puede ser tambien porque operan en sujetos sentados, posicion que favorece el síncope.

Delbose habia ya notado la influencia que ejerce la posicion vertical—comprobando la anemia cerebral en los sujetos cocainizados un hecho práctico que debe señalarse en el empleo de la cocaina: es la poca estabilidad de la solucion. Casi siempre al cabo de 5 ó 6 dias por mas precauciones que se tomen para consevar la cocaina, ésta se altera, se vé á pesar de los cuidados de la preparacion desarrollarse mucho mas rápidamente que en cualquier otra solucion.

He aquí ahora los casos de muerte señalados:

El primer hecho es el de Barratoux. Se trata de un farmacéutico que creyéndose enfermo de difteria se hizo en la garganta pulverizaciones de cocaina; durante 7 á 8 horas tuvo una serie de síncopes y murió.

El segundo es el Dr. Long (Lancette americaine): un hombre de 33 años: le pasan en la larinje 3 veces con un pincel una solucion al 4 %. Inmediatamente se alivió; pero 3 horas y media despues, perdió el conocimiento; respiracion mediana, pulso 90. Anestesia completa.

Algunas inyecciones de whisky lo trajeron poco á poco á su estado normal.

Cuatro dias despues nueva aplicacion de cocaina; el enfermo creyendo que los accidentes dependian de que habia tragado un poco de la solucion, toma minuciosas precauciones para limpiar su farinje, y para devolver la cocaina le hicieron aplicaciones con una solucion al 2 %

Las cosas pasaron como la primera vez, pero bien pronto el enfermo dejó de respirar. El corazon latió por algunos instan-

tes: todos los esfuerzos que se hicieron para hacerlo revivir fueron en vano.

La causa probable de la muerte fué la parálisis del centro respiratorio por la cocaina.

El tercero ha sido referido por el Dr. E. M. Thomas (de L'onarsville-Kansas); fué llamado para asistir una mujer que encontró agonizando y que murió delante de él, por haber usado una solucion al 4 °/o de cocaina para calmar una neuralgia dentaria.

El cuarto es el de Knabe, de Berlin. Una niñita de 11 años habia recibido la inyeccion de 4 ó 12 gotas de una solucion al 4 °/o bajo el deltoides; murió al cabo de un minuto.

El quinto es el de Abadie, que hemos publicado en el número anterior.

Obs. 6—Hombre de 29 años, bien constituido. Se le inyectan en la uretra 4 gramos de una solucion al 20 °/o. Muere 20 minutos despues. (París, Med. News. 11 Julio 1888).

Obs. 7—Un jóven de 23 años fué enviado al Dr. Kolomin—que encontró una extensa ulceracion del recto. Inyectó una solucion á 5 °/o, conteniendo 1 gramo y 1/2 de cocaina. La anestesia no fué completa. Tres cuartos de hora despues de la operacion el enfermo sucumbió. El profesor Kolomin se suicidó de desesperacion.

Obs. 8—Un interno del University College, habia ordenado 1 gr. 25 de cocaina que debia inyectar en la vejiga de un hombre de 30 años, atacado de cistitis aguda. Sin esplicaciones suficientes el enfermó tomó la dosis, y murió.

Obs. 9—Una mujer toma por error 5 gramos de una solucion al 30 °/o. Un cuarto de hora despues murió. (Moulatti, Lo sperimentale, Setiembre 1888).

En las cuatro últimas observaciones las dosis eran muy altas. Estas dosis no deben jamás emplearse bajo ningun pretesto—¿pero á qué límites debemos sujetarnos? Pensamos que hay un término medio entre las dosis de Hœnel (0gr. 03) y la de Reclus (0gr. 20.)

Desde el mes de Febrero de 1889, hemos visto hacer en el servicio de nuestro maestro, M. Blum, un uso corriente de cocaina en inyecciones subcutáneas. Jamás se ha sobrepasado las dosis de 0.05, á 0gr. 0.75.

Frecuentemente la anestesia ha sido incompleta, pero sin accidentes.

El enfermo debe estar siempre, en lo posible, en la posicion horizontal.

Creemos con Hœnel, como lo prueban, por otra parte, la relacion de los accidentes, que es conveniente no evitar el someterá la influencia de la cocaina á los ancianos, los cardiacos, los nerviosos y los sujetos debilitados. Debe abstenerse igualmente siguiendo el precepto de Reclus, de administrar la cocaina á los que sufren del riñon. ¿Si, á pesar de estas precauciones sobrevienen accidentes, cuál es la conducta que se debe seguir? Las bebidas alcohólicas, el café, la revulsion sobre la region cardiaca, son los medios mas á la mano en caso de peligro; se ha preconizado tambien las inhalaciones de nitrito de amilo y la cafeina.

En fin, cuando se presentan accidentes convulsivos, se puede recurrir á las inhalaciones de cloroformo.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. Abel Ayerza

CONSULTORIO DE LARINGOLOGIA, OTOLOGIA Y RINOLOGIA

Dirigido por el Doctor Fernando Perez

Estadística desde el 5 de Setiembre hasta el 31 de Diciembre de 1889

Tuberculosis de la laringe	14
Cuerpo estraño de la laringe (hueso)	1
Pólipo de la laringe	1
Laringitis crónica	2
Cáncer de la laringe	1
Cáncer de la epiglotis y de la base de la lengua	1
Parálisis de los ari-aritenoideos	1

Parálisis de los crico-aritenoideos posteriores	1
Parálisis del recurrente izquierdo	1
Sífilis secundaria de la faringe	8
Sífilis hereditaria tardía faringo-laringea	1
Sífitis terciaria de la faringe	4
Hipertrofia de las amigdalas	1
Faringitis seca	1
Angina pultácea	2
Ulceracion del velo del paladar (naturaleza indeterminada)	1
Amigdalitis flegmonosa	8
Estomatitis úlcero membranosa	1
Estomatitis (evolucion de la muela del juicio)	1
Neurastenia: faringitis crónica	1
Angina herpética	1
Parálisis diftérica del velo del paladar	2
Angina diftérica	1
Epitelioma del suelo de la boca	1
Lengua negra	1
Adenitis cervical tuberculosa	1
Rinitis atrófica	7
Empiema del sinus maxilar derecho	1
Escoriaciones del vestíbulo de las fosas nasales	3
Obliteracion congénita de la nariz derecha (opérculo cutáneo)	1
Rinolito	1
Lupus nasal	1
Sífilis terciaria de las fosas nasales	1
Obliteracion de las fosas nasales por hipertrofia de los cornetes, y vegetaciones adenoideas	5
Pólipos de las fosas nasales	1
Enfermedad de Tornwald (inflamacion crónica de la amigdala de Lushka	3
Fístula mastoidea (secuestro intra-mastoideo)	1
Esclerosis de la caja del tímpano	4
Tapones de cerúmen	4
Otitis media supurada crónica	11
Sordera por vegetaciones adenoideas	12
Pólipos del conducto auditivo externo	2
Vértigo de Meniére	1
Sordo-mudez	1
Catarro crónico de la caja	1
Otitis interna sifilítica	1

Otalgia de origen dentario	1
Ruptura del tímpano (sordera)	1
Otitis media aguda	1
Quiste sebaceo (auriculo mastoideo)	1
Abceso sub-perióstico del maxilar superior, necrósis alveolar	1
Total	126

NUEVOS MEDICAMENTOS

Clorhidrato de orexina

El Dr. Penzoldt, profesor de farmacología y de clínica médica en la facultad de Erlangen, ha estudiado recientemente este nuevo producto cuyo nombre químico es *clorhidrato de fenildihidrochinazolina.* Es un agente estomáquico.

Aquel profesor ha empleado el clorhidrato de orexina en 32 personas, y exceptuando 3 casos, ha obtenido muy buenos resultados.

Los casos en que se ha hecho uso de esta sustancia han sido: anorexia consecutiva á las grandes operaciones, cuando la curacion depende sobre todo de una alimentacion suficiente; igualmente en los tuberculosos y las cloróticas, en cuyos casos la falta de apetito hace ilusorio el tratamiento; en fin, tiene su indicacion marcada cuando la inapetencia es el síntoma predominante.

La forma pilular es la mas conveniente para su administracion.

La fórmula de Penzoldt es la siguiente:

Clorhidrato de orexina 2 gramos.
Extracto de genciana..... } aa.
Polvo de raiz de malva..... } C. S.

h. s. a 20 píldoras que se cubrirán con gelatina. Tomar 3 ó 5 píldoras al dia con una taza de caldo.

Se empieza por tomar 3 píldoras dos horas antes del almuerzo. Si no se obtiene resultado, se dan 4 ó 5 píldoras, y se puede, si es necesario, repetir esta dosis en el dia. En caso en que el efecto demorase mas de cuatro ó cinco dias, se interrumpe el tratamiento durante 24 horas, y se vuelve á comenzar en seguida.

Paracresotinato de soda

El paracresotinato de soda es un polvo finamente cristalino, de un gusto amargo pero no repugnante; su empleo no da lugar á ninguna alteracion de parte de las vías digestivas.

El Dr. Demme, profesor de enfermedades de niños en la facultad de Berna, ha notado que las pequeñas dosis continuadas de este medicamento disminuyen el número de evacuaciones en la fiebre tifoidea. A dosis elevadas, un gramo cada tres horas, ó 3 gramos en 4 horas, para un niño de doce años el paracresotinato de soda goza de propiedades antipiréticas.

La fórmula empleada por el profesor Demme, en la fiebre tifoidea, es esta:

Paracresotinato de soda, 0 gr. 10 á 0 gr. 20 cent.
Tintura de ópio, 2 á 4 gotas.
Cognac, 1 gramo.
Jarabe de goma, 5 gramos.
Agua destilada, 25 gramos.

H. s. a. A tomar una cucharada pequeña cada dos horas contra la demasiado grande frecuencia de las evacuaciones en la fiebre tifoidea.

BIBLIOGRAFIA

Ha comenzado á publicarse en Berlin una interesante *Revista General de Ciencias Médicas* (medicina interna, cirugía, ginecología, y bibliografía médica) por Fraenzel, Binz, Ger-

hardt, Leyden, Liebermeister, Leube, Nothnage', König, Von Volkmann, Richter, Naunin, Fritsch y Würzburg.

Esta Revista es traducida del aleman al español y aumentada por el Dr. Susviela Guarch (de Montevideo), miembro corresponsal del Círculo Médico Argentino en Berlin.

El Dr. Susviela Guarch hace un verdadero servicio á la literatura médica, traduciendo al español una Revista de la importancia de la que nos ocupa.

El núm. 1º que tenemos á la vista trae resúmenes de trabajos de Virchow, Ziemssen, Henoch, Loewenthal, Cornil, Bollinger, Nothnagel, Owen, Hueppe y otras notabilidades europeas.

La Revista se compondrá de tres tomos por año, de mas de 800 páginas cada uno. Entre sus materias importantes, promete traer siempre la relacion de los progresos de las ciencias médicas principalmente realizados en Alemania, sin descuidar los de las otras naciones de Europa y los de América.

El núm. 1º viene nutrido de interesante material.

Saludamos la nueva *Revista*, y felicitamos al Dr. Susviela Guarch por su feliz iniciativa, deseando mucho éxito á su generoso esfuerzo.

NECROLOGÍA

Ricardo L. Corradi—Este aventajado estudiante de medicina ha muerto víctima de la influenza.

Estudiante cumplidor de su deber, inteligente y entusiasta, deja Corradi un vacío grande entre sus condiscípulos.

En el Círculo Médico Argentino, del que era bibliotecario y socio, quedan recuerdos imborrables de su actividad. Era un espíritu dispuesto para el trabajo, y habria sido un buen elemento para nuestro progreso.

Muy al principio de su carrera, la muerte lo arrebata.

Honor á su memoria.

El Dr. W. Rodriguez de la Torre—Ha fallecido en Córdoba el Dr. Wilfredo Rodriguez de la Torre, jóven é ilustrado médico que tenia á su cargo una sala en el manicomio de Buenos Aires.

El Dr. Rodriguez de la Torre ha producido varios trabajos de importancia. Hace tres años publicó *El cráneo y la locura*, obra que le valió una medalla de plata en el concurso de medicina celebrado por el Círculo Médico Argentino en 1887. El año anterior dió á la publicidad un interesante y laborioso estudio titulado *Espiritismo y locura*, que obtuvo éxito bastante lisonjero.

Como miembro del Círculo Médico se distinguió por el entusiasmo con que aceptaba las ideas que pudieran realzar la sociedad. Fué director del consultorio de enfermedades nerviosas, colaborador de *Los Anales*, y director de la biblioteca.

Era un espíritu distinguido, destinado á brillar por el estudio y la observacion.

Ultimamente se enfermó el Dr. Rodriguez de la Torre, y convaleciente retiróse á Córdoba, su ciudad natal, donde lo ha sorprendido la muerte,

El Círculo Médico Argentino se asocia al duelo que su fallecimiento ha causado, y envia á su familia una palabra de consuelo.

FORMULARIO

Koch aconseja contra la ERISIPELA:

Creolina	2	gramos
Yodoformo	8	»
Lanolina	20	»

Embadurnar con un pincel la parte erisipelatosa, y cuatro ó cinco traveses de dedo al derredor de la misma

Steffen emplea la siguiente preparacion, para combatir LAS GRIETAS DE LAS MANOS:

Mentol.....	1 gramo	50 centígramos
Salol.....	2 »	
Aceite de olivas.....	2 »	
Lanolina.....	50 »	

Friccionar dos veces al dia.

Cozzolino hace insuflaciones contra el OZENA, con:

Salol.....	5 gramos	
Acido bórico	3 »	
Acido salicílico.....	0 »	50 centígramos
Acido timico.....	0 »	20 »
Talco pulverizado.....	8 »	

Mézclese. Hacer insuflaciones en las cavidades nasales, despues de haber previamente hecho una irrigacion con agua fenicada tibia.

Frey usa lo siguiente en los CATARROS CRÓNICOS DE LA VEJIGA:

Yodoformo	50	gr.
Glicerina	40	»
Agua destilada.....	10	»
Goma tragacanto.....	0.25	cent.

Una cucharada en medio litro de agua caliente, para inyectar en la vejiga. Repetir tres ó cuatro por dia cada tres dias.

Pomada contra las HEMORROIDES:

Crisarobina.....	0.8	cent.
Yodoformo.....	0.3	»
Estracto de belladona.....	0.6	»
Vaselina.....	15	gr.

Aplicar tres ó cuatro veces al dia, despues de lavar previamente los rodetes hemorraidales con ácido carbólico al 2 %, ó con una disolucion de creolina al 1 %.

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 5

Anales del Círculo Médico Argentino

MAYO DE 1890

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio de clínica médica. Sustituto en ejercicio: Dr. Abel Ayerza

LOCALIZACIONES CEREBRALES

Tumor cerebral—Trepanacion—Quiste hidatídico del ventrículo izquierdo—Muerte por meningitis de la base.

Por el Dr. Alejandro Castro

—

Por una fina atencion del Dr. Ayerza, me ha sido dado observar y operar en su servicio, un caso de tumor cerebral, doblemente interesante tanto respecto á las lesiones que presentaba y su relacion con la sintomatología, cuanto por haber salido por la brecha abierta con el trépano, un quiste hidatídico, cuya existencia no se sospechaba y que dió lugar al desarrollo de fenómenos que determinaron la muerte del paciente cuando todo parecia indicar un resultado feliz.

La interpretacion de algunos hechos y la autopsia completa del cerebro, serán objeto de un artículo que publicaré en estos *Anales*, cuando haya terminado su estudio, ocupándome hoy de la observacion del enfermo, que creo útil hacer conocer *in extenso*, si este artículo ha de llenar su objeto: contribuir con un hecho al estudio de la interesante cuestion de las localizaciones cerebrales.

Observacion: Antonio Gate, de 14 años de edad, argentino, agricultor, bien constituido, entró al servicio el 15 de Octubre de 1889. Ha habitado siempre la campaña gozando de buena salud, hasta hacen cinco meses en que comenzó á sufrir dolores de cabeza, seguidos de vómitos, y luego parálisis de la pierna y brazo del lado derecho, que le imposibilitaron todo trabajo, causa por la cual vino á reclamar asistencia á este hospital.

Los antecedentes hereditarios son negativos, no existiendo en su

familia ninguna diatesis. Sus padres viven aún y son sanos, y tiene ocho hermanos en las mismas condiciones. Personalmente no tiene mas antecedentes que una enfermedad que lo obligó á guardar cama á la edad de ocho años, pero sobre cuya naturaleza carecemos de datos.

La enfermedad actual data de cinco meses y comenzó por dolores de cabeza casi siempre seguidos de vómitos, lo que determinaba su curacion durante algunos dias. Estos ataques aumentaban gradualmente de frecuencia é intensidad. A los dos meses se repetian casi dia por medio y la marcha se hacia difícil, tropezando con frecuencia porque no podia levantar la punta del pié derecho. Con alternativas de mejoría la torpeza en la marcha aumentaba, y el mes de Agosto, á los tres meses de enfermedad, arrastraba la pierna y empezaba á sentir faltas de fuerzas en la mano y el brazo del mismo lado. Un mes despues todo trabajo le era imposible, y sus padres, viendo que seguia empeorando, lo trajeron al hospital el 15 de Octubre, autorizando á que se le hiciera cualquier tratamiento para librarlo de sus sufrimientos.

A su entrada, el estado funcional era el ya descrito, marcándose la atrófia de la pierna derecha por una diferencia de 2 y 1/2 centímetros de menos de circunferencia en la parte media del muslo y en la pantorrilla. La diferencia del brazo derecho era de 5 milímetros; la del antebrazo de 15 milímetros.

La pierna derecha parecia mas corta que la izquierda, pero era un acortamiento aparente, debido á que durante la marcha el enfermo levantaba la pelvis para levantar la pierna, y durante el reposo la posicion viciosa se conservaba.

Los músculos interóseos dorsales del pié y el tibial anterior están visiblemente atrofiados.

Los músculos de las eminencias tenar é hipotenar y los que se insertan en la epitróclea atrofiados tambien, explican la falta de fuerza de prehension de la mano. La degeneracion no es tan notable en los del brazo y hombro aunque los movimientos sean muy limitados.

El panículo adiposo es igual en ambos lados, pues si se hace un pliegue á la piel el espesor es el mismo del lado sano que del enfermo.

La sensibilidad en el lado enfermo se conserva aunque algo disminuida. Los reflejos son exagerados, pero del lado izquierdo son tambien mas marcados que de ordinario.

La temperatura es normal. El apetito y la dijestion son buenos cuando no le duele la cabeza. Es algo constipado.

No hay deformacion del cráneo y el enfermo localiza el dolor en el lado izquierdo.

Aunque los antecedentes no indicaban la existencia de una diatesis que, como la sífilis, pudiera dar lugar á un sufrimiento análogo, el enfermo fué sometido á la medicacion por el ioduro de

potasio durante un mes; este tratamiento no dió resultado alguno, y á mediados de Noviembre su estado era el mismo, repitiéndose los vómitos y la cefalalgia cada dos ó tres dias, sin que ninguna medicacion los influenciara. Desde el 10 de Diciembre hasta el 19 del mismo, los dolores eran intensos con irradiaciones al brazo derecho, acompañados de vómitos, y tan seguidos que solo dejaban algunas horas de tranquilidad relativa.

En estas circunstancias, el dia 17 de Diciembre, el Dr. Ayerza, jefe del servicio, tuvo la deferencia de consultarme. Él creía, fundado en la localizacion de las lesiones, en la marcha de la afeccion, en la falta de antecedentes diatésicos, y la resistencia al tratamiente específico, que se trataba de un neoplasma de las meninges que hacia compresion en la region de los centros motores del brazo y de la pierna, y pensaba, teniendo en cuenta la rapidez con que empeoraba el estado del enfermo, que habia urgencia en practicar una operacion que permitiera la extraccion del tumor.

Despues de examinar el enfermo y de comprobar la exactitud de los datos mencionados arriba, recojidos por el interno del servicio Sr. Palma, mi opinion fué la misma que la del Dr. Ayerza, siendo, sin embargo, menos afirmativa en cuanto á si el tumor dependia de los meninges ó de la corteza cerebral. Aconsejé la trepanacion practicada con todo el rigor de la antisepsia, en la region de los centros motores generalmente admitidos, para los miembros afectados. Me cupo el honor de ser encargado de practicarla y así lo hice el 19 de Diciembre de 1889 en presencia de los Dres. Gandolfo, jefe de clínica, del profesor Pirovano, Ayerza, Fernando Perez, Benjamin Larroque y los internos del servicio de cirujía.

El enfermo habia sido bañado en los dias anteriores al de la operacion; la cabeza bien afeitada, fué lavada con jabon y cepillo, luego con una solucion de bicloruro de mercurio al 1 ‰ y cubierta con compresas mojadas en la misma solucion, mientras se administraba el cloroformo; las manos del operador y los ayudantes lavadas y desinfectadas convenientemente.

Los instrumentos habian sido esterilizados á 200° en la estufa de aire caliente del Dr. Poupinel, de París.

En fin, en vez de esponjas se usaron tapones de algodon bien arrollado, mojado y esprimido.

Determiné la posicion de la cisura de Rolando, segun las indicaciones tan precisas de Lúcas Championniére, y una vez levantado el cuero cabelludo y el periostio por una incision semicircular de 6 cmts. de diámetro que abrazaba la estremidad superior de la línea Rolándica, aplicamos una corona de trépano; levantada la rodaja se vió que por una pequeña herida de las meninges, hácia hernia una sustancia negruzca y blanda. Agrandé la abertura con el trépano y la pinza gubia, hasta abrir una brecha de 65 mlm.

por 40 mlm. En el centro de la abertura, se encontraba una masa negruzca del volúmen de una nuez, cubierta por las meninges congestionadas, no adherentes. Las incindí, colocando algunas pinzas de Péan para la hemostasia y saqué fácilmente el tumor con la cureta, colocando inmediatamente sus fragmentos, parte en alcohol de 36° y parte en licor de Müller, con el propósito de hacer un exámen microscópico mas tarde. Lavaje con ácido bórico, drenaje, sutura y curacion con algodon y gaza iodoformada.

De notar era durante la operacion, la tendencia manifiesta del cerebro á hacer hernia por la herida.

Las consecuencias de esta grave intervencion fueron muy simples en los primeros seis dias. El dolor de cabeza habia desaparecido, los movimientos del brazo y de la pierna ganaban en extension, la inteligencia se despertaba dia á dia y el enfermo se alimentaba bien, conversaba con gusto y se levantó una vez pudiendo caminar algunos pasos sin dificultad. La temperatura era normal y la herida estaba cicatrizada; solo salia por el drenaje un poco de líquido cefalo-raquideo y algunos colgajos de sustancia cerebral reblandecida. Existia un lijero grado de parálisis del facial izquierdo.

Al séptimo dia, el 26 de Diciembre, noto que por el tubo no habia salido nada, y que la region estaba abultada. El tubo estaba limpio, la temperatura era normal, no habia dolor, el abultamiento no latia

Al dia siguiente habia crecido y tenia el volúmen de un huevo de gallina.

Así creció hasta el 30, adquiriendo el tamaño de una media naranja. La cicatriz muy distendida se rasgaba al ladc del tubo. El estado general no habia cambiado.

El 31 al hacer la curacion, saco el tubo y echo un chorro de solucion boricada por la abertura, y veo hacer hernia á una membrana lisa, y sin vasos; continúo la irrigacion y la cicatriz muy delgada se desgarra y sale un quiste grande como una naranja de 7 cent. de diámetro. Contenia doscientos gramos de líquido claro amarillento con algunos copos que caian al fondo del vaso. Las membranas se separaban fácilmente en copos y tenian dos mm. de espesor. En la membrana interna existian numerosas granulaciones blanquecinas que, examinadas al microscopio, resultaron ser quistes a equinococos, adherentes á la membrana germinatriz. Los copos eran vesículas libres llenas de equinococos aun vivos.

A las dos horas de salir el quiste, la temperatura sube á 40°—en la noche á 41. Pulso 120°.

Enero 2—Temp. á las 8 a. m. 41°. Pulso 130, gran postracion. Al hacer la curacion salen las membranas de otro quiste grande como un huevo. Queda un pequeño bulto que late como el cerebro. La herida está muy pálida y cubierta de un exudado adherente. En la tarde 40°2.

Difteritis. (En esos dias reinaba en el hospital una pequeña epidemia de difteria de las heridas.)

Enero 3—Mismo estado; temp. 37.4—40°. Pulso 112. Calomel á dosis refractas.

Enero 5—Lijera mejoría; temp. 39°—39.5.

Enero 7—Sopor, nistagmus, vómitos en la noche. Disnea, pulso depresivo 140, temp. 39.5—40.8.

Enero 10—Levanto el antiguo colgajo que está enteramente tapizado de falsas membranas, y lo cauterizo con glicerina y ácido fénico, partes iguales.

Enero 12—Temp. 38.3—41, pulso incontable, nistagmus, coma.

Enero 13—Muerte por meningitis de la base.

En un próximo artículo haremos conocer el resultado de la autopsia.

CLINICA QUIRURGICA

(HOSPICIO DE LAS MERCEDES—PABELLONES DE CRÓNICOS)

ENORMES TUMORES FIBRO-PLÁSTICOS (?) de la CABEZA

ESTIRPACION EN DOS SESIONES

Por el Dr. Luis C. Maglioni

Cirujano del Hospicio

Domingo Olivieri, italiano, de 50 años de edad, jardinero, domiciliado en Goya (Provincia de Corrientes) ingresó á este Hospital el 3 de Enero de 1890, ocupando el número 1 de la Sala 3ª á mi cargo, sala destinada á los casos quirúrgicos de todo el Hospicio y sala al mismo tiempo en donde practico mis operaciones.

Este enfermo venia del Hospital de Clínicas en donde fué observado por varios médicos y estudiantes; sirviendo tambien de caso práctico para el exámen de algunos alumnos á la terminacion del año escolar de 1889.

Pensóse por algunos que la afeccion de Domingo Olivieri fuese *cáncer encefalóideo*, por lo que se explica que habiendo estado á punto de tratarla quirúrgicamente se desistiese despues de ello,

siendo tan poco halagüeñas las consecuencias operatorias en tales casos.

Aquel diagnóstico y esta actitud emanados de distinguidos cirujanos, ejercieron influencia en mi ánimo. Tenia como ellos las mismas sospechas acerca de la malignidad de estos tumores y me rehusaba á intervenir tanto mas cuanto que en mi servicio carezco de muchísimos elementos concurrentes á la buena marcha de esta clase de operados.

Yo no podia, sin embargo, enviar á Olivieri á otro hospital. Estaba en el de crónicos, es decir, en la última instancia para sanar (cosa rara), morir ó eternizarse en una cama de la sala.

El caso era poco atrayente. Enfermedad justamente considerada como maligna, operacion peligrosa y grave por el sitio de los tumores y mas grave y peligrosa aún por las pésimas condiciones higiénicas circunstantes. Además, Olivieri habia sido ya operado una vez en Goya á lo que sucedió la reproduccion del tumor en el sitio mismo y la aparicion y desarrollo de un segundo tumor al lado del primero.

Todos los dias al pasar mi visita, me veía acosado por las súplicas, casi por las lágrimas de este infeliz, que queria á todo trance ser operado.

Frecuentemente me decia:

—Opéreme, Doctor; si muero, moriré bendiciéndole.

Tenia Olivieri dos enormes tumores desarrollados en la region lateral derecha de la cabeza.

El menor ocupaba una parte de la region parietal. El perímetro de su pedículo, casi circular, media 19 centímetros.

El mayor ocupaba la region temporal hasta por debajo del arco zigomático. El perímetro de su pedículo elíptico era de 24 centímetros.

Ambos tumores parecian juxtapuestos, y como formando uno solo. Pero á poco de observarlos se veía que eran independientes, separados por un surco profundo ántero-posterior. El mayor, propulsando la piel (por su tension y por su peso) hácia el ángulo externo del ojo, cubria casi la mitad del órgano visual.

El aspecto de estos tumores era el siguiente: grisáceos, con surcos y elevaciones, dibujándose en su superficie algunas azuladas venas. El mayor estaba ex-ulcerado en alguna parte, y algo tambien el menor. Su consistencia: dura, renitente, elástica. No habia ninguna porcion fluctuante, á lo menos, que así se percibiese.

El estado general del enfermo era satisfactorio. Delgado, pero

bastante vigoroso. Excelente apetito. Ninguna afeccion visceral ni de otra especie; con una fé ciega en el buen resultado de su reclamada operacion, que, decia, le permitiria ir á reunirse en Goya con su mujer y con sus hijos. Estos muy sanos, lo mismo que sus ascendientes y colaterales, circunstancia que pugnaba por distraer de mi espíritu la idea de herencia mórbida.

No habian tampoco infartos ganglionares, y el color de sus tegumentos era el muy propio de los oriundos del mediodia de Italia (Olivieri es napolitano).

En cuanto á adherencias, estos tumores parecian no tenerlas con los huesos y la operacion probó no tenerla siquiera con los músculos ó tegumentos fibrosos de la region. Habian hecho su evolucion en un año á contar desde la recidiva post-operatoria.

A repetidas instancias del enfermo y aún abrigando dudas respecto de la naturaleza íntima de estos tumores, resolví estirpar el menor de ellos el 18 de Enero de 1890, dejando el mayor para operar mas adelante.

Sentado el enfermo en su cama y sin cloroformo (1) incindí con el instrumento cortante la periferia del pedículo y desprendí con los dedos el grueso de éste, lo que probaba su superficialidad, su falta de adherencia con los tejidos mas profundos. Algunas ramas de la arteria temporal superficial dieron sangre. Hice la hemóstasis con cinco pinzas de Péan que dejé á permanencia durante 48 horas.

Curacion de Lister.

En el mismo dia envié este tumor que pesaba 460 gramos al Profesor Susini para su exámen histológico, pero hasta el momento de escribir esta historia no he recibido ninguna informacional al respecto, por causas seguramente ajenas á la buena voluntad de este distinguido colega.

Renové la curacion el 20 de Enero.

Como el tumor mayor estaba algo ulcerado, temí que su vecindad dañase á la superficie de seccion del menor. Traté pues de apresurar su estirpacion, tanto mas cuanto que la primera operacion no conmovió en los mas mínimo el estado general del enfermo.

El 21 de Enero practiqué la estirpacion del tumor mayor.

---

(1) Cuando operé á Olivieri aún no tenia en mi sala una mesa de operaciones. En cuanto á la anestesia creí conveniente ensayar la operacion sin cloroformo y á las primeras incisiones me convencí que el enfermo podia soportar muy bien el dolor, como lo soportó sin exhalar un quejido en las dos operaciones.

Sentado en su propia cama y sin el auxilio del cloroformo dió nuevamente este enfermo pruebas de una resistencia al dolor poco comun.

Este segundo tumor cuyo peso era de 645 gramos, estaba algo mas adherido que el primero. Hube de dejar como anteriormente algunas pinzas de Péan durante 48 horas.

Despues de esto, curaciones antisépticas diarias.

A los quince dias se veía ya la buena marcha que seguirian las heridas operatorias. Sus bordes eran ya blanco-azulados y su centro estaba cubierto de botones carnosos, presentando en conjunto el mejor aspecto.

Era ya evidente que la curacion se iba á hacer efectiva siquiera por un lapso de tiempo mas ó menos largo.

De repente recibe el enfermo una carta de su mujer, residente en Goya, incluyéndole algun dinero para que emprendiese viaje de regreso á su lado.

Un buen dia (el 17 de Febrero) Olivieri desapareció del Hospital sin dejarnos la satisfaccion de ver completamente cicatrizadas las heridas operatorias, aunque sí la conviccion de que las operaciones habian sido oportunamente hechas y la experiencia de lo que debe hacerse en casos análogos.

Siempre me reprocharé el no haber hecho sacar la fotografía de Olivieri antes y despues de operado, pues hubiese sido interesante conservar la imágen de este caso patológico del *hombre de tres cabezas*, como alguien le llamó.

¿Qué eran, pues, estos tumores y qué pronóstico debe hacerse de este caso?

Faltando el exámen histológico es muy difícil sino imposible formar una opinion precisa respecto de la naturaleza de ciertos tumores.

Clínicamente hay en favor del cáncer en este caso: la edad del enfermo y la recidiva despues de la primera operacion que se le practicó en Goya; en contra: el excelente estado general, la ausencia de infartos ganglionares, la falta de adherencias, el buen estado de la piel circunvecina y el rápido y poco esperado buen éxito operatorio.

Además la edad y la recidiva no son atributos esclusivos de las afecciones cancerosas.

Creo que se trata en este caso de *tumores fibro-plásticos*, tumores un grado menos malignos que el cáncer, que como éste

recidivan, pero que á diferencia del cáncer concuerdan en su sintomatología con la de mi operado, ofreciendo alguna probabilidad mas de vida.

Es posible y aún probable la recidiva y no me estrañaria nada que ésta se efectuase en un punto de la region frontal, en donde existia una pequeña eminencia que me preparaba á estirpar en una tercera operacion si Olivieri hubiese permanecido en el hospital el tiempo necesario para un buen tratamiento y para una útil observacion.

Buenos Aires, Abril de 1890.

CLÍNICA INFANTIL

INFECCION PALÚDICA AGUDA

Por M. Aberastury

En el consultorio de niños del Hospital de Clínicas he visto con frecuencia casos de infeccion palúdica, unas veces de tipo francamente intermitente, con sus períodos de escalofrío, calor y sudor, y otras sin carácter fijo que permitiera clasificar su forma.

La observacion metódica es imposible tratándose de niños á quienes se asiste en un consultorio externo, y cuyas madres carecen de la necesaria ilustracion para seguir de una manera inteligente los episodios de la enfermedad. No obstante esto, basta á la clínica la comprobacion de la sospecha sobre la patogénia del estado mórbido, y siempre que se refiera á impaludismo, esa comprobacion tiene una piedra de toque irrecusable: la quinina.

Comunmente se presentan los niños con un catarro gastro-intestinal, acompañado de reaccion febril y persistente, sin que errores en el régimen alimenticio expliquen este trastorno funcional. Manifiéstanse inapetentes, tristes, con diarrea mucosa, ó constipados; tienen náuseas, rara vez vómitos, y su estado general sufre por momentos reagravaciones ó mejorías que se repiten periódicamente y coinciden con un aumento ó una disminucion de la fiebre. El tratamiento habitual carece entonces de accion, y los pequeños pacientes son víctimas de toda clase de ensayos

terapéuticos hasta que se hace intervenir á la quinina que los cura en breve plazo.

Es tambien frecuente que la infeccion no se traduzca por una hipertermia apreciable, y que el cuadro sintomático no ofrezca mas que un decaimiento generalizado, con pérdida de la vivacidad y tendencia al sueño, pereza en los movimientos y una anémia marcada. Si se busca la causa de este estado, es posible encontrarla en el infarto del bazo, ó bien del hígado, que induce á pensar en una enfermedad infecciosa; pero á menudo este infarto no existe, sobre todo cuando el mal es agudo, y la incertidumbre del tratamiento pone en mayor peligro la salud del niño: adminístrase quinina, á dósis medias, el enfermo recobra su apetito y su animacion, vuélvenle sus colores y pronto se establece por completo.

He tenido oportunidad de estudiar bronquitis y aún bronconeumonías que aparecian igualmente desfiguradas por el elemento palustre, el cual agregaba al sindroma vulgar accesos febriles ó simples oscilaciones térmicas que evidentemente no le correspondian. La relacion de causa á efecto ha sido confirmada por la medicacion específica, instituida como único tratamiento curativo de los fenómenos bronquio-pulmonares.

Pero, lo repito, de ninguno de estos casos de infeccion malárica, se ha levantado la historia clínica, y aún habrian pasado para mí desapercibidos si el doctor Facundo T. Larguia no hubiese señalado á sus discípulos esa nueva modalidad mórbida que supongo muy poco conocida en Buenos Aires, y que es tan tributaria de la quinina como todas las fiebres intermitentes, remitentes ó subcontínuas, normales ó anormales, de orígen miasmático.

Indudablemente, hace ya varios años que se habla en esta ciudad de infecciones palúdicas locales, y los hechos de este género, antes muy escasos, lo son hoy mucho menos.

Pero predomina la creencia de que solo existe la infeccion cuando surjen francamente los accesos con sus estadíos bien notorios, y no se admite la probabilidad de sus formas larvadas ó indefinidas sinó despues de haber agotado los recursos del diagnóstico diferencial ó de una prolongada espectacion que deja al enfermo anemiarse y deprimirse mas y mas.

Resulta esto de que no estamos habituados á encontrar en la práctica casos de malaria, á pesar de que su rápido incremento nos hará en breve formular su diagnóstico con entera seguridad y sin las vacilaciones enojosas que en cierta medida justifican las anomalías que semeja tener esa afeccion entre nosotros.

Es lógico aceptar que los gérmenes patógenos se procrean en el suelo de esta misma ciudad, pues no los reproduce el organismo y por consiguiente no pueden trasmitirlos á las personas sanas aquellas que vienen enfermas de las comarcas donde reina la infeccion.

Los terrenos bajos y pantanosos de la costa del Riachuelo y de Barracas que han comenzado á ser desecados; las enormes excavaciones de tierra que se verifican en el puerto; la pavimentacion de calles apartadas cuyo lecho formado de resíduos animales ha debido ser removido, y, sobre todo, las canalizaciones que se ejecutan en la ciudad á fin de instalar las obras de saneamiento, ofrecen condiciones excelentes para que las capas telúricas, que sirven de asiento á las descomposiciones orgánicas, expandan en todas partes los miasmas generadores de la afeccion.

El profesor Bacelli, de Roma, parece á punto de llegar á establecer la unidad de naturaleza de esos miasmas, porque sus parásitos endoglobulares, encontrados constantemente en los palúdicos, acaban de ser inoculados en un anciano y en él han reproducido la infeccion. Es, pues, probable que parásitos análogos, nacidos en circunstancias semejantes, ocasionan aquí los mismos efectos que en los demás países.

Los antecedentes etiológicos que he apuntado actúan en el dia al mismo tiempo, y de su conjuncion debe derivar lo que llaman los viejos maestros el génio médico de Buenos Aires, ó, en otros términos, la mayor difusion de las enfermedades infecto-contagiosas y del impaludismo.

Este último afecta especialmente al niño, cuyas resistencias orgánicas son menores, y cuya reaccion mórbida no necesita para acusarse de una gran dósis de veneno.

A la ligera he indicado al principio casos aislados de infeccion, en los cuales la quinina ha obrado con éxito completo y confirmado un diagnóstico que no siempre tenia entre sus signos el infarto del bazo ó el del hígado. En la mitad de ellos, aproximadamente, faltaba la hipermegalia de una y otra glándula, siendo mas frecuente el infarto de la esplénica y la hepatalgia mas constante que los dolores congestivos del bazo provocados por la percusion profunda.

Tal vez no sea aún posible en Buenos Aires reconstituir con las observaciones mas minuciosas el cuadro acabado de las determinaciones orgánicas que produce la malaria en las comarcas donde esta enfermedad existe endémicamente y ataca á la gran mayoría de la poblacion, pero los datos recojidos permiten ya asegurar

que las formas larvadas del impaludismo infantil son hoy dia muy comunes y tienen en su *haber* algunas defunciones que aparecen en el registro mortuorio con diagnósticos erróneos.

Para apreciar el grado de posibilidad de estos errores, basta tomar en cuenta el heteromorfismo de la afeccion, que se revela con caracteres leves ó perniciosos y graves bajo las apariencias de un catarro gástrico ó intestinal; de bronquitis, bronco-neumonia, ó asma; de accidentes urémicos por nefritis infecciosa, ó de fenómenos cerebrales y meníngeos.

En medio de un aparato sintomático á veces tan alarmante el diagnóstico patogénico es naturalmente dificilísimo, y solo conduce á él un conocimiento previo de las variadas modalidades de la infeccion palúdica.

En presencia de un niño que se asfixia, que tiene violentos accesos de tos coqueluchoide, con hipertermia mas ó menos considerable, en lo que se está mas lejos de pensar es en la probabilidad de que el agente palustre pueda haber ocasionado una hipertrofia congestiva de los ganglios linfáticos peri-traqueo-bronquiales, inter-traqueo-bronquiales ó inter-bronquiales, ó bien una inflamacion específica de la mucosa de las vias aéreas, susceptibles de desaparecer bajo la accion de las primeras dosis de quinina, y de poner en grave peligro la vida del paciente cuando el médico no interviene con el único recurso terapéutico que hemos indicado.

¿Y qué decir de la forma asfíxica, en que pierde el ritmo la respiracion, se aceleran los latidos cardíacos y sobrevienen con la adinamia el colapso y el síncope mortales, si una medicacion apropiada no evita inmediatamente que siga adelante el proceso que desarrolla en los centros bulbares el agente miasmático?

Entre las modalidades gástricas é intestinales de la afeccion, tambien puede mostrarse el cólera infantil con su imponente cortejo sintomático, y su desenlace fatal que deja al médico y á las familias consternadas como no tiene el poder de conseguirlo ninguna otra enfermedad. Feliz el niño cuyo médico llega á sospechar el impaludismo en semejantes circunstancias, porque solo la quinina podrá salvarlo!

Es menester una pericia extraordinaria para formular un diagnóstico en estas condiciones, y se comprende que la ilustracion clínica del médico peque á menudo igualmente por defecto en los casos en que las convulsiones terribles de la eclampsia ó un profundo estado comatoso sean las manifestaciones de la infeccion palúdica aguda.

No sé si estas observaciones son de alguna novedad, pero á mí me han tomado de sorpresa al final de los cursos universitarios, pues no habia antes oído hablar de que en nuestra ciudad se desenvolviese el impaludismo bajo todas sus formas y con todas sus modalidades.

He podido comprobar una gran parte de estos hechos, y, como testimonio de la incertidumbre en que el veneno miasmático coloca al médico ante sus enfermos, voy á ocuparme de un caso que he seguido cuidadosamente en su extraña evolucion.

Se trata de una niñita de diez meses, cuyos padres residen en un barrio de esta ciudad en donde actúan las emanaciones pestilenciales de diez á doce caballerizas cercanas.

El doctor Facundo T. Larguía, médico de la casa, hallábase fuera de Buenos Aires, y con tal motivo se me pidió que asistiera á la pequeña enferma en el primer momento, el dia 20 del mes de Noviembre del año anterior.

La niñita, despues de varios dias de malestar y de inquietud, habia tenido de pronto vómitos continuados y una diarrea profusa. Los vómitos eran frecuentes; las deposiciones diarréicas, mucosas ya y con grumos de caseina no dijerida, se habian repetido siete veces en la mañana. El dolor excitado por la palpacion abdominal y una fuerte reaccion febril complementaban los signos del diagnóstico: gastro-enteritis aguda.

Instituido el tratamiento comun, y condenada en absoluto la lactancia artificial, que aparecia como causa directa de los trastornos digestivos, corrijiéronse con tal rapidez todos esos síntomas que en la tarde del dia siguiente solo quedaba del sindroma pasado un elemento único: la fiebre, acompañada de un nuevo signo: disnea intensa.

Entonces la examinó el Dr. Larguia, quien confirmó por los antecedentes el primer dignóstico y no pudo explicarse la temperatura de 39°8 que la enferma tenia y su disnea excesiva, sinó por un proceso flegmásico pulmonar que empezaba á bosquejarse del lado derecho, y que bien podria ser la iniciacion de una neumonía, de una bronco-neumonía ó aún de una granulia aguda.

Estaba aconsejada una prudente espectacion, y se hacia necesario moderar la hipertermia. El régimen dietético y la hidroterapia sirvieron para hacer frente á esas primeras dificultades.

Durante doce horas, la fiebre, medida de hora en hora, se sostuvo entre 39°5 y 40°3. Hubo en la madrugada del dia 22 una remision de 1°5, y á las 7 el termómetro subia á 40°5.

Entretanto la disnea habia disminuido de una manera conside-

rable; la pequeña enferma dormia casi constantemente, con un sueño interrumpido de tiempo en tiempo por gritos penetrantes y sacudidas musculares; sus extremidades se habian enfriado y una constipacion tenaz se hacia notar.

Se operaba así un cambio completo en el cuadro sintomático. No habia nada en los pulmones: el proceso que semejaba haberlos rozado apenas, habíase desviado hácia una determinacion orgánica temible.

Un exámen prolijo no permitió aún establecer un diagnóstico preciso. Los fenómenos convulsivos, el esbozo de delirio que se observaba, la constipacion, el sueño agitado por espasmos musculares, una contraccion pupilar poco marcada, inducian, es verdad, á creer en una meningitis de mediana intensidad, á pesar de la falta de vómitos, rigideces musculares ó contracturas tetánicas; pero, ¿no sucederia con este nuevo estado lo mismo que con los anteriores?

Agregóse al tratamiento anti-hipertérmico la aplicacion de hielo sobre la cabeza y se procuró producir una derivacion intestinal.

A las seis de la tarde el estado de la niña se habia reagravado y el pronóstico se mostraba tan fatal á las miradas ansiosas de los padres que una consulta se hizo para responder con mayor seguridad á esta pregunta: ¿se salvará?

La consulta se efectuó inmediatamente, entre el Doctor Larguia y otro distinguido especialista cuya opinion fué demasiado terminante con respecto al diagnóstico y al pronóstico: una meningitis aguda, casi siempre mortal.

Y, en realidad, este diagnóstico y este pronóstico parecian imponerse en ese instante, pues habian sobrevenido rigideces en los miembros, opistótonos, trismus, la respiracion era suspirosa, los fenómenos pupilares se habian acentuado y el termómetro señalaba esta cifra: 40°8.

Sin embargo, prevaleció el juicio del médico de cabecera en concepto del cual el cuadro sintomático, extraordinario como era, se presentaba por fin con los caracteres de una infeccion palúdica larvada, de forma meningítica, grave, que habia determinado antes perturbaciones gastro-intestinales y pulmonares pasajeras, y que entonces se revelaba ostensiblemente por un infarto del hígado y el sindroma de la meningitis, y por una curva gráfica de la fiebre tipo atáxico ó indefinido.

La indicacion de la quinina era de este punto de vista indispensable, y se esperó una oscilacion de la temperatura para admi-

nistrar las primeras dosis, sin abandonar por esto el tratamiento general antes adoptado.

Ese tipo atáxico de la curva termométrica era, en efecto, evidente y se mostraba en el trazado por descensos rápidos de uno y dos grados que duraban una ó dos horas, seguidos de hipertermias que se sostenian tres, cuatro, cinco y diez horas, para volver á declinar y subir en mayor proporcion y á intervalos diversos. La temperatura, que se hacia constar rigurosamente de hora en hora, servia al juicio del doctor Larguia de fundamento principal.

En la mañana del dia 23, de cuatro á ocho, la niñita tomó 30 centígramos de sulfato de quinina, teniendo 38° de fiebre y los mismos fenómenos meningíticos que he anotado. La fiebre se sostuvo á igual altura hasta las dos de la tarde, y en ese momento comenzó á subir, llegó á 40°2 y osciló hasta la madrugada siguiente entre 39° y 40°. A la hora en que le fué administrada el dia anterior la primera dosis de quinina, era la fiebre de 38°; el 23, marcaba el termómetro en ese mismo instante 40°2, y la niña continuaba con contracturas en los miembros, trismus, rigidez en la nuca, respiracion suspirosa, frialdad en las extremidades, conservando el pulso regular aunque frecuente y un estupor de que solo salia por momentos una señal de vida: el grito agudo meningítico.

Otros treinta centígramos de sulfato de quinina, á pesar de esta persistencia de pésimo augurio de todos los síntomas, á las 7 de la mañana del dia 24, con una temperatura de 38°8 á 38°5, en tres dosis.

A las tres de la tarde el termómetro marca 41°4 y la familia cree muerta á la niñita. Se llama precipitadamente al médico y se da enseguida un baño á la pequeña enferma, de diez minutos y á una temperatura que se baja desde 38° hasta 34° con la adicion lenta de agua fria. La contractura de los miembros y el opistótonos son mayores que nunca.

Media hora despues, la niña abre sus ojos, mueve los brazos, y dice claramente «mamá» por primera vez, á la madre que la observaba de cerca consternada. Esta señal de resurreccion es tomada por el preludio de la agonía, y estallan los llantos sofocados.

A las cuatro, aplico el termómetro en la axila y leo luego con asombro: 37°5. Y parecia una crisis favorable, porque la niña se sonreia siempre, y queria jugar, en tanto que sus padres la suponian en peor estado que antes.

Hasta las nueve de la noche la fiebre no pasó de 37°6; subió á las diez á 39°7 y durante todo el dia 25, en el cual se administró otra vez quinina, la columna de mercurio osciló de 38° á 39°

El trismus habia desaparecido; funcionaba el intestino; la soñolencia era menor y el reposo mas tranquilo, y si bien la frialdad de las estremidades persistia igualmente, su contractura habia disminuido.

En los dias 26 y 27, bajo la accion de la quinina, la temperatura se mostró verdaderamente atáxica, con exacerbaciones hasta 40° y descensos á 38°, pero el estado general de la pequeña enferma se hizo notar por una indudable mejoría—que se acentuó al propio tiempo que la fiebre adquiria un tipo mas definido y bajaba poco á poco, variando primero de 39° á 38°, despues de 38° á 37°, y llegó á ser completa el dia 30, con una temperatura media de 37°2, á los doce dias de iniciada la invasion de la fiebre.

Hoy, esta niñita se encuentra perfectamente sana, en la integridad de sus funciones, y de ella se puede decir que debe la vida á menos de dos gramos de quinina y á la experiencia de su médico.

He ahí, pues, un caso indiscutible de infeccion palúdica aguda con todas las apariencias de una meningitis, un caso en que un organismo endeble ha sido arrebatado á la muerte por la saturacion quínica,—y hé ahí tambien un modelo ilustrativo de las determinaciones orgánicas variadas que adquiere el impaludismo en Buenos Aires.

Cátedra de Patología General

Introduccion al curso de Patología general del profesor Dr. Roberto Wernicke

El Dr. Roberto Wernicke, recientemente nombrado profesor de la materia en la Facultad de Buenos Aires, nos ha prometido publicar en los *Anales* sus interesantes conferencias sobre patología general.

Publicamos hoy la introduccion á pesar de haber ella visto la luz pública en un diario, á fin de que los alumnos del Dr. Wernicke puedan tener íntegras y completas sus importantes lecciones.

Señores:—Al dirijirme á vosotros por primera vez en mi nuevo

carácter, cúmpleme agradecer á la ilustre corporacion que en primera línea me propuso para el puesto. Créome obligado además á hacer en público la solemne promesa de que mis esfuerzos por cumplir con mi deber serán tales, que nunca tenga que arrepentirse el gobierno que me nombró, por haber seguido el consejo del asesor que tiene en la tan difícil cuán delicada mision de la provision de cátedras.

Es para mí un momento solemne el de la apertura de mi primer curso. Veo hoy colmada una de mis mayores aspiraciones.

He tenido la dicha de poder elejir la carrera que mas me agradara; tuve la felicidad de aprender al lado de grandes maestros; he estudiado con gusto; he ejercido la profesion con empeño y no he podido nunca dejarme de confesar que mas que el ejercicio de la profesion me atraía el majisterio.

Creo que nuestra noble carrera es un sacerdocio; el majisterio es un apostolado; no puede hallarse satisfaccion en él, sino se vive para y por él.

No he pretendido ni aceptado el puesto en que me veis sin antes meditar lo que hacia; no me escapan las grandes responsabilidades que sobre mí pesan desde el momento en que me hago cargo del manejo del cuantioso capital de fuerza é inteligencia que vosotros representais.

Sé, señores, que algun dia tendré que rendir rigurosa cuenta sobre la direccion que os imprima; sé que algun dia tendré que declarar cómo he empleado ó invertido la materia prima de la cual se hacen *los Argerich, los Bosch, los Montes de Oca, los Rawson, los Aguirre, los Pardo.* Cuento para poder salir bien de la prueba con vuestra decidida cooperacion y mis pocas, pero constantes fuerzas.

Todo profesor, al iniciar sus clases, trata de probar que la materia que él enseña es la mas importante y la mas interesante que en su facultad se aprende; en muchos casos la mas fogosa oratoria no llega á convencer á los oyentes.

Me creo, en posicion especialmente favorable, para poder sostener la importancia fundamental de la materia que en este curso debo enseñaros.

Hasta llegar á esta clase vuestros estudios solo han sido la preparacion para el ingreso á las salas de un nosocomio. Hasta la fecha todo lo que habeis aprendido lo habeis aprendido sin necesitar la observacion del hombre enfermo.

La medicina, el arte de curar, requiere como base el estudio de la enfermedad; guiados por mí comenzareis la tarea.

Debo yo iniciaros en los misterios de la patología; al lado mio habeis de aprender á reconocer é interpretar las manifestaciones de los males que aquejan á la humanidad; á esta cátreda corresponde el daros á conocer todo el aparato de investigacion de que disponemos para nuestras averiguaciones—y finalmente, es esta la cátedra en la cual con mas frecuencia se os tendrá que decir cuanto ignoramos.

En las clases de patología general y propedéutica, debeis recibir la preparacion imprescindible, para poder cursar las patologías especiales, y observar con provecho para vosotros y el paciente en las diversas clínicas.

¿Es ó no cierto que este curso es el mas importante en vuestra vida de estudiantes?

Discuten los grandes maestros sobre si la medicina es arte ó ciencia—no me corresponde querer terciar en la cuestion. A nosotros bástenos saber que aquella rama de la medicina que se llama patología general es una ciencia tan ciencia como la zoología, la botánica ó la fisiología, una ciencia de observacion, tan exacta como estas pueden serlo, tratándose del estudio de seres vivos.

Nos esplicamos hoy dia los fenómenos que observamos en el hombre enfermo, por alteraciones del organismo; en muchos casos conocemos en todos sus detalles las alteraciones, en su orígen, su marcha, su terminacion, y esos son los casos por los cuales nos decidimos á ser materialistas. En otros muchos casos no nos ha sido hasta la fecha posible referir con seguridad todo lo que observamos, á alteraciones perceptibles de la materia;¡nos hallamos entonces obligados á recurrir, para comprender lo que vemos, á su *principio vital*, indemostrable por el experimento.

Debemos mantener ese principio como elemento para la explicacion hipotética; no podemos darle franco asilo en nuestro edificio científico, pues desde que se estudia medicina hasta la fecha ha sido desalojado ya de muchas posiciones que se creían bien ocupadas por él.

Poseemos hoy en dia numerosos, variadísimos y sumamente perfeccionados métodos de observacion; cada perfeccionamiento, cada nuevo método ha servido para afianzar mas el dominio de las ideas materialistas.

¿Existe un límite?

No lo sé; hoy por hoy debo someterme al tétrico *ignorabimus*, pronunciado en su tiempo por Duboys Reymond, al asegurar que

hay cosas que nunca sabremos y nociones para las cuales no hay percepcion posible.

Queda asentado que hay cosas que quizás nunca comprenderemos; no desesperemos por considerar tan débil la fuerza humana; saquemos fuerzas de flaqueza y resolvámonos á confesar siempre y con toda franqueza lo que no sepamos.

Aceptemos las explicaciones hipotéticas que son necesarias para servir como puentes entre una nocion y otra, pero no las aceptemos sinó condicionalmente y dándonos perfectamente cuenta de que se trata de hipótesis; productos de la especulacion racional, si se quiere lógicas tambien, pero carentes de la sancion del experimento y de la observacion, los únicos elementos con los cuales se puede y se debe contar en medicina.

El confesar su ignorancia puede ser doloroso; puede *aparentemente* disminuir el respeto que nuestra ciencia nos merece; pero nunca dañará *efectivamente*, como lo ha hecho infinitas veces por la demora producida en la investigacion, la introduccion de un neologismo destinado á ocultar la ignorancia de algun magnate científico.

¡Res non verba!

¡Hechos y no palabras! Mientras sepamos que no sabemos, tenemos el estímulo que nos obliga á buscar.

Miremos hácia atrás un par de siglos. Veamos cómo estuvo encerrada nuestra medicina por las discusiones disparatadas de los comentadores de los griegos y romanos en toda la época pregalénica hasta Morgagni. Qué enorme lapso de tiempo perdido, lapso de tiempo en el cual no solo no se adelantó, sinó en el cual se perdiera una porcion de las nociones adquiridas y consagradas por el padre de la medicina: Hipócrates, el mas grande de los observadores médicos habidos y por haber.

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se abandonó la idea de que la enfermedad era una entidad, un espíritu ó cosa parecida, que se posesionaba de su víctima? ¿Qué esfuerzos imposibles de valorar en toda su extension por nosotros, han tenido que hacer los luchadores que levantaron el grandioso edificio de la patología moderna? ¡Cuánto cambio han sufrido las doctrinas hasta llegar donde hoy estamos con la patología celular! Hace pocos años se creía que los cimientos, por lo menos, no peligrarian ya, cuando en estos dias ha venido toda la teoría de la infeccion parasitaria, á producir derrumbes, hundimientos y grietas, cuya extension no se puede prever, ni aún ayudándose, teniendo en cuenta lo

que pueden dar las investigaciones sobre tomainas, toxinas y leucomainas.

Hay ya mucho hecho!

Hay aún mucho que hacer.

Para que podamos tener el valor de dedicarnos á buscar y á probar, es necesario conceder que ignoramos.

Mucho que buscar, mucho que probar.

Pero en cambio, qué sabemos hasta la fecha sobre lo que se llama predisposicion é inmunidad? Y lo que llamamos predisposícion é inmunidad son cualidades que estamos en condiciones de conferir á nuestro antojo á muchos animales de esperimentacion.

No necesitaremos ir á comprobar el gran descubrimiento de Cesalpino, Cervet y Harvey. No necesitaremos ir á comprobar si el óvulo se puede transformar en hombre sin la intervencion de un espermatozoario—no dudaremos de la existencia del *nodo vital* de Flourens, ni del punto desde el cual se puede provocar por picadura una glicosuria—como lo probó Cl. Bernard.

No necesitan ya nuevas pruebas la existencia del centro de la palabra determinado por Broca, ni la existencia del bacilo de la tuberculosis, ni la especificidad del chancro indurado, ni la eficacia de la vacuna variólica, ni la gran conquista de Pasteur, que prueba que podemos atenuar á voluntad los efectos de varios de los agentes patógenos mas virulentos.

Por suerte, parece que no nos quedaremos con la sola hipótesis de la fagocitosis, hipótesis con grandes probabilidades de haber sido cierta seductora como pocas, pero por suerte ya reconocida como solo parcialmente sostenible.

La herencia patológica, caprichosa si se quiere tener en cuenta todas las observaciones que sobre ella se publican, debe obedecer á otra cosa que á la casualidad—y dia llegará—en el cual para la tramision de las enfermedades, se habrá descubierto el código que las rige.

¿Cuáles son las nociones inconmutables que encierra nuestra doctrina sobre la fiebre? Todo lo que ella se piensa puede ser desautorizada el dia menos pensado; subsistirán solo los conocimientos que hemos podido adquirir por la observacion y el experimento, es decir: que hay mayor produccion de calor por una série de causas mas ó menos mal estudiadas.

Podia agregar mas ejemplos para probar que hay mucho que

no sabemos—pero que podemos saber nosotros ó los que nos sigan.

Baste lo aducido para entonarnos.

Varios entre vosotros me han pedido ya y muchos querrán pedirme ahora, que les indique un texto para estudiar en él la materia que debe ocuparnos. Me he preparado á contestaros y siento deberos comunicar que no he podido hallar un texto que contenga todo lo que debo exponer, de manera y en la forma que sea de mi agrado; los textos que hoy podeis conseguir han sido escritos en años anteriores; mientras se les confeccionaba, imprimia y repartia, la patología general que está en contínuo movimiento, se está desarrollando y reformando con rapidez vertiginosa en el uno ú otro sentido; no es posible á autor alguno guardar el paso en sus exposiciones con ese adelanto, con esas modificaciones que dia á dia se introducen.

Se me ha indicado que convendria que yo mismo confeccionara el texto al cual pienso atenerme en mis clases: no estoy lejos de acceder á la indicacion: no podré hacerlo ya; será para los que os sucedan en esas bancas que haré el trabajo. Trabajo que emprenderé luchando con mayores dificultades que las que se presentan á los europeos que están al lado de los grandes focos de produccion científica, escritores que pueden estar al dia siempre; tendré que contentarme con no atrasarme en mas de un año.

Ahora bien, si algun dia aparece mi texto, diré de él lo que he dicho de los que conozco. Antes de pasar un año de clase me veré obligado á declarar á mis oyentes que no podrán pretender de manera alguna hallar en mi obra *todo* lo que tenga que exponer.

¡Es necesario que os indique un libro! Me quedo con el texto que elejia mi antecesor: la patología general de *Hallopeau*.

Comentaré y ampliaré la obra del maestro francés.

Como texto para el estudio de propedéutica, os aconsejaré proveeros del librito de Lavrand.

Debeis, al querer estudiar la patología general y la propedéutica, convenceros que es imposible hacerlo con solo un libro; al que quiera ser un poco mas de una vulgaridad, le será forzosamente necesario consultar otros autores, tales como Bouchut, Cohnheim, Peres, García Solá, Cichhorst, Woilliez, Guttmann, Barth y Roger, V. Jackch, Bizzozzero, Ivon y muchos otros.

El programa al cual debo atenerme en mis clases, está ya sometido á la aprobacion de la Facultad; contiene en esencia lo mismo que el anteriormente vigente; la disposicion de la materia

varía, y se diferenciará en algo por la distinta extension concedida á algunos puntos.

La enseñanza será teórica y práctica, disponiendo esta cátedra de un material propio de enfermos; á la cabecera de ellos, y no en el aula oireis una parte del programa. Creo conveniente y necesaria esta organizacion. Conveniente, por ser mas fácil la adquisicion de las nociones cuando se aprende apoyándose en un ejemplo.

Necesaria me parece esta disposicion, porque solo viendo muchos enfermos y viéndolos muchas veces podreis vosotros llegar á ser otra cosa que ramplones. Se puede ser un gran jurisconsulto, sin haber defendido jamás un pleito, pero es imposible ser ni siquiera un médico adocenado, sin haber observado á muchos enfermos.

Para habituaros á juzgar del estado de nutricion de los enfermos necesitareis muchos dias; antes de haber aprendido á apreciar el pulso, tendreis que palpar cientos de arterias.

Para llegar (al auscultar el corazon), á percibir otra cosa que el zumbido que se desarrolla en el pabellon del estetoscopio, se pasarán semanas, y para la posesion, percepcion y distincion de los ruidos cardiacos y los respiratorios, es necesario que os resolvais á practicar varios meses y á no interrumpir vuestros ejercicios clínicos despues de salir de este curso, so pena de arriesgar la pérdida de la agudeza auditiva que solo con el tiempo y el trabajo habreis conquistado.

Desde el dia en que yo dejé las bancas del aula hasta la fecha, no han trascurrido aun muchos dias—cuento con mis recuerdos para poderme poner en mis exposiciones á la altura de vuestra preparacion; me esforzaré siempre en daros mi enseñanza no presuponiendo en vosotros mayores conocimientos de los que podreis haber adquirido en el primer año de medicina, si es que verdaderamente lo habeis estudiado.

Para poder darme cuenta del caudal de conocimientos con el cual acudís á mis clases, para poder apreciar si expongo de manera que me entendais, es absolutamente necesario que nos tratemos con alguna intimidad.

No nos separará barrera alguna, y desde el momento que bajando de este estrado vaya con vosotros á la sala—soy como vosotros un estudiante,—estudiante que solo os aventaja por haber tenido la suerte de empezar á estudiar antes que vosotros. ¡Estudiaremos juntos! Al estudiar á vuestra par me libraré del peligro que corremos en la práctica,—el de transformarnos á la vuelta de unos años

en curandero mas ó menos ilustrado ó en una máquina vulgar de repartir recetas á domicilio.

Os he dicho ya que me acompañareis en mis visitas á la sala.

Aunque lo crea innecesario, creo que es mi deber pediros la mayor consideracion posible para con los enfermos; no olvidemos nunca que éstos en su mayoría son desheredados de la fortuna, seres desgraciados que tienen que venir á pedir nuestro socorro, ofreciéndonos en recompensa de nuestras atenciones y servicios su organismo enfermo, para estudiar en él cómo poder remediar los males que aquejan á sus semejantes.

Examinaremos á los enfermos sin olvidar jamás, como quisiéramos que se nos tratara á nosotros, ó á los nuestros, en idénticas condiciones.

Repartiremos las camas de la sala entre vosotros, y cada cual tendrá la obligacion de llevar una observacion prolija y por escrito del enfermo cuyo exámen y estudio se le encomiende.

Las historias que se hagan serán á causa del número de camas, dos ó tres de cada enfermo, y aquella historia que sea la mejor será la que tendrá el honor de pasar al archivo de la sala; puede ser que al terminar el año tengamos una pequeña coleccion de observaciones hechas por vosotros que merezcan el honor de la publicidad, aunque no sea sinó para que puedan servirnos como apuntes que hubieseis podido recojer, al aprender á examinar enfermos, al empezar á buscar síntomas y al querer daros por vez primera cuenta de su produccion.

Antes de terminar mi primera alocucion, permitidme, señores, ampliar un pensamiento que al empezar á hablar hoy he emitido.

Recordais que dije que veia hoy colmada *una de mis mayores* aspiraciones.

¿Tendré por ventura tanta ambicion como para pretender mayores honores? Confieso que tengo aún una aspiracion mayor, aspiracion que se verá colmada el dia en el cual me vea obligado á dejar la cátedra que quiero, para entregársela á un sucesor ilustre, al cual no sea yo digno de atar la sandalias; á un sucesor que saldrá de entre vosotros.

CORRESPONDENCIA

Cuatro palabras sobre hemicránea oftálmica

Señor Director de los *Anales del Círculo Médico Argentino.*

París, Marzo 22 de 1890.

Como es esta una cuestion bien conocida, me limitaré al exámen de un caso que he tenido ocasion de observar en el servicio de Charcot.

Es una histérica con ataques y todos los estigmatas de la neurosis, hemianestesia, estrechamiento del campo visual, desaparicion de la percepcion del violeta, zonas histerójenas etc. Es atacada de vez en cuando, y especialmente antes de sus ataques, de una hemicránea oftálmica caracterizada por los siguientes síntomas:

1º Dolor bastante intenso en la region supra-orbitaria de ambos lados.

2º Una serie de *moscas volantes* como puntos diversamente coloreados.

3º La enferma ve una serie de pequeños círculos color oro.

4º Un *escotoma central,* de bordes coloreados de rarísimos colores. (La enferma pretende distinguir el violeta que no percibe en condiciones normales.)

5º Hemiopía bien caracterizada. La enferma dice que ve la mitad de las caras y cuerpos de las personas, lo mismo que de los objetos.

6º Vómitos bastante intensos.

7º Adormecimiento y dolor en toda una mitad del cuerpo.

Lo que tiene este caso de interesante, es que es bastante completo.

En cuanto á su orígen, Charcort ha sido uno de los primeros en demostrar que la hemicránea oftálmica es debida al reumatismo, y casi todos los autores lo siguen en su manera de ver.

Babinski, sin embargo, fundándose entre otros en el que acabo de describir, pretende, que en las histéricas es una de las manifestaciones de la neurosis.

No obstante, en el caso que tratamos ha habido reumatismo y actualmente tiene una endocarditis cuyo orígen es bien claro.

Nada parece justificar la manera de ver de Babinski, y nuevas observaciones son necesarias para poder lanzar un juicio sobre este punto.

No voy á entrar en exámen de teorías sobre si es simplemente una neuralgia del trigémino como piensa Grasset, ó del cerebro como Romberg, ó una enfermedad vaso-constrictiva debida al gran simpático como Du Bois Raymond.

Saludo al Sr. Director

DR. ROMAN PACHECO.

LA ANTISEPSIA DE LA BOCA

(Traduccion de *L'Union Médicale*)

Es sabido que la mayor parte de las enfermedades de los dientes son debidas á la presencia en la cavidad bucal, de diversas especies de micro-organismos, y el Dr. W. D. Miller, que ha hecho un estudio profundo de los bacterios que se observan en la boca, acaba de demostrar que muchas enfermedades locales y aun generales, proceden de la misma causa.

Es por esto que él estima que se debe limpiar bien la cavidad bucal, al menos una vez por dia con una solucion conteniendo sublimado, que seria el mejor agente á emplear, porque procura la esterilizacion completa de la boca, si se ha tenido cuidado de hacer previamente uso del cepillo de dientes.

Con este motivo haré notar que no se puede confiar á todo el mundo la solucion de sublimado; seria mas prudente para el uso de la *toilette* diaria de la boca aconsejar el empleo de un producto, que poseyendo propiedades antisepticas bien manifiestas, no fuera ni venenoso ni cáustico, á fin de poderlo dejar sin ningun temor entre manos inespertas. Despues de haber pasado en re-

vista los antisépticos reales, propios para este objeto, no he encontrado ninguno preferible al coaltar saponificado que posee la ventaja de ser absolutamente inofensivo, á pesar de la energia de sus cualidades antisépticas, las cuales son incontestables, (1).

Pero no es solamente porque su empleo no ofrece ningun peligro, que, á mi juicio, el coaltar saponificado debe ser preferido para los cuidados de la boca, á las soluciones de otros antisépticos, es tambien porque sus virtudes son complejas.

En efecto, debe á la saponina y al tanino de la cáscara de quillaya saponaria que entra en su composicion, sus cualidades detersivas y tónicas que se manifiestan en la accion saludable de este producto sobre las encias y la mucosa bucal; la accion del alcohol que encierra, se hace tambien notar; en una palabra, el coaltar saponificado no es solamente un antiséptico cuyo empleo es fácil y sin peligro; es un producto que debe á sus componentes numerosas cualidades que todas tienen un rol útil á desempeñar.

Por otra parte, siguiendo el ejemplo del profesor Gratiolet (2) he empleado muy á menudo el coaltar saponificado en los casos de gengivitis, de estomatis ulcerosas y para los cuidados diarios de la boca, y siempre con resultado.

Es por esto, que no titubeo, con motivo de la comunicacion del Dr. Miller, en llamar la atencion sobre una aplicacion feliz de un producto que nos rinde diariamente servicios en otras circunstancias, aplicacion mucho mas práctica que la del sublimado, cuyo empleo necesita la vigilancia de una persona del arte y que debe ser reservada á ciertos casos especiales.

El único reproche que se podrá hacer contra el uso del coaltar para la *toilette* de la boca, seria su sabor particular que sorprende la primera vez, pero aun cuando nos es tan desagradable como el del ácido fénico, se disipa rápidamente. Por otra parte, la esperiencia me ha demostrado que las personas más difíciles se ha-

---

(1) Todos saben que el coaltar saponificado no ha cesado de ser empleado en los hospitales de París desde el dia que fué admitido oficialmente, es decir, desde hace más de 25 años, á pesar de los numerosos antisépticos descubiertos en estos últimos años y el entusiasmo manifestado por alguno de entre ellos.

(2) En la obra sobre el ácido fénico del Dr. J. Lemaire, pág. 586, 2ª edicion, París 1865 se lee: «El profesor Gratiolet, del museo, que respiraba á menudo las emanaciones putridas de los animales cuya organizacion estudiaba, contrajo una gengivitis crónica que habia resistido á una infinidad de medios. La combatió por el coaltar saponificado que la hizo desaparecer como por encanto. Habia comprobado en sus dientes micrófitos cuya especie no habria determinado. Reconoció despues que el medicamento los habia destruido completamente.

bitúan fácilmente, á tal punto que al cabo de unos cuantos dias de uso, he visto á muchas personas preferir el gusto del coaltar al de las preparaciones ordinarias empleadas como dentríficos. Comparo este hábito, al del tabaco, para los fumadores, que gusta rara vez al principio y del cual se privan tan difícilmente después.—Dr. H.

NECROLOGÍA

El Profesor Trelat—Con la muerte del profesor Trelat, la Facultad de París y la ciencia toda, se han enlutado. Apenas habia pasado la dolorosa impresion causada por el fallecimiento de Ricord y Damaschino, una nueva pena se agrega á aquellas.

El ilustre cirujano de la Charité era un maestro universal. Pertenecia á la generacion esclarecida que ha dado á la Francia y al mundo su mayor renombre científico.

Los escritos de Trelat se hallan dispersos en las revistas, diccionarios y periodicos médicos; y cuando se reunan se podrá admirar toda la labor de este gran carácter, todos los esfuerzos de este hombre de mérito singular.

Compañero de hospitales con Verneuil, Le Fort, Guyon, Richet, Lannelongue, para no nombrar sinó cirujanos, sus viejos amigos, ha sido el maestro de varias generaciones que han recibido de sus labios inspirados los principios de la ciencia que él tanto amó. Trelat enseñaba no solo en la cabecera del enfermo: enseñaba con el ejemplo, con la prédica, con la fé incansable, y sobre todo con su ideal supremo: la ciencia francesa dirigiendo al mundo.

Felices los que como el profesor Trelat llegan á merecer la fama universal. No han vivido en vano. Su accion trascendental les sobrevive, y su nombre pasa al dominio de la inmortalidad.

BIBLIOGRAFIA

La Medicina Moderna: diario de Terapéutica, Cirujía, Obstetricia y Farmacologia.

Esta revista que ha comenzado á publicarse recientemente en París, bajo la direccion del profesor Germain See, tiene como colaboradores á Pinard, Renault, Le Dentu, Labadie-Lagrave, Alb. Robin, Déjerine, Letulle, Ball, Pozzi, Miquel, Bazy, Berger, Monot, Hanriot, Hardy, Laveran, Maygrier, Ribemont-Dessaignes, Poincaré, Balzer, Hutinel, Quinquaud, Ollivier, Motet, Gley, Leloir, Bordas y otros personalidades culminantes de la ciencia francesa. Son secretarios de la redaccion, los Dres. Ch. Talamon (principal), y Capitan, Raymond Durand-Fardel y Ad. Rueff (agregados).

La Medicina Moderna cuya importancia resulta de la notoriedad de los hombres que la dirijen, tiene todas sus secciones confiadas á especialistas eminentes, como se ha visto por los nombres indicados más arriba. Terapéutica, medicina general, fisiología patológica, química patológica, neuro-patología, enfermedades de niños, dermatología y sifilografía, patología mental, medicina legal, cirugía, obstetricia, ginecología, higiene y demografía, bacteriología, oftalmología y otología, fisiología, química y farmacología, he aquí las materias de que se ocupa preferentemente.

Los dos primeros números que nos ha enviado nuestro excelente amigo el Dr. Capitan, secretario de la redaccion de la revista, y ex-jefe de clínica de la facultad de Paris, son sumamente interesantes, y traen artículos originales de G. See, Le Dantu, Pinard, y otros.

Esta revista trae además un resúmen de los principales trabajos médicos publicados en Alemania, Inglaterra y en toda Francia; una relacion de los progresos actuales de la medicina en Europa y las actas de las sesiones de las sociedades médicas. En fin, es una publicacion de gran interés para los que se dedican al estudio de las ciencias médicas.

Agradecemos á nuestro distinguido amigo el Dr. Capitan el

envio de tan importante revista, y hacemos votos muy sinceros por la prosperidad y la difusion universal de *La Medicina Moderna*.

NUEVOS MEDICAMENTOS

El Aristol

El Dr. Eichoff ha sido el primero en emplear esta sustancia en varias afecciones de la piel.

Cuando se arroja una solucion alcalina de timol en una solucion de iodo iodurado, se obtíene un precipitado de un rojo oscuro, que es un compuesto de iodo y de timol; es á este producto que posee las ventajas de las dos sustancias componentes, sin presentar sus inconvenientas, que se ha dado el nombre de *aristol*, insoluble en el agua, el alcohol, la glicerina, muy soluble en los aceites grasos. Es necesario evitar de poner el producto al aire, á la luz, ó al calor; y es por esto que se le debe tener encerrado en frascos azules y en un lugar fresco.

El Dr. Eichoff ha empleado el *aristol* en su clínica dermatológica y sifilográfica del hospital de Elberfeld, y ha obtenido buenos resultados contra el lupus, en el cual es, segun su opinion, superior á todos los otros medios. Contra la psoriasis obra un poco mas lentamente que la crisarobina, pero es aun preferible á ésta, á causa de su inocuidad. En las micosis, el *aristol* obra tan bien como los otros medicamentos ya conocidos; su accion seria aún mas rápida, y esto sin producir la menor irritacion local.

La fórmula que emplea Eichoff es esta:

R.	Aristol	3 á 10 gramos.
	Vaselina	90 gramos.

Se aplica esta mistura sobre las partes enfermas, y se envuelve en seguida el todo con hojas de gutapercha. La curacion se renueva dos ó tres veces al dia; pero es necesario hacer previamente á cada curacion, un lavaje con jabon de las partes enfermas.

El Hipnal

—

Bardet ha comunicado á la Sociedad de Terapéutica de París los estudios relativos á esta sustancia, que resulta de la mezcla del cloral con la antipirina. Obrando una sobre otra, se forma un líquido aceitoso que, decantado, deja depositar cristales blancuscos, sin gusto ni olor; este cuerpo nuevo que no es otra cosa que el cloral anti-pirinado es, bajo el punto de vista químico, el *tricloracetil-dimetilfenil.*

De las investigaciones de Bardet resulta que el hipnal está dotado de propiedades bien definidas y análogas á las del cloral, con las ventajas de no tener gusto y de no ser nada cáustica.

No es propiamente un nuevo medicamento, segun Bardet, puesto que el hipnal bajo la influencia del ácido clorhídrico del jugo gástrico, se desdobla en cloral y antipirina, pero es un medio cómodo y seguro de administrar el cloral.

El mismo autor dice que ha comprobado sus buenos resultados en los tuberculosos—en los que desminuye la fiebre y el sueño reaparece,—en los atacados de neuralgias, en los niños, etc.

Cada gramo de hipnal contiene 45 centígramos de cloral y 65 de antipirina, y á estas dosis sus efectos calmantes son tan marcados como con una dosis elevada de cloral.

Bardet ha hecho inyecciones hipodérmicas en conejos con el aceite que se forma en el momento de la mezcla de las dos sustancias, y no han sido seguidas de efectos irritantes.

En el hombre no ha hecho inyecciones hipodérmicas.

FORMULARIO

Schaper da la siguiente fórmula para píldoras de CREOSOTA.

R. Creosota..... 1 gramo
Estracto de café, ó de genciana 1 » 50 centígramos
Polvo de regalis..... c. s.
H. s. a. ..... 20 píldoras

Para disimular el olor de la creosota, se debe envolver y conservar estas píldoras en polvo de café, ó hacerlas grageas, si el enfermo esperimenta mucha repugnancia.

Syd. Martin emplea contra los OXIUROS VERMICULARES:

R. Tintura de ruibarbo..... XXX gotas
Carbonato de magnesia... 20 centígramos
Tintura de gengibre..... 1 gota
Agua..... 125 gramos

H. s. a. para un enema.

Segun el efecto producido, puede administrarse dos, tres ó cuatro lavativas en las 24 horas. Martin dice haber obtenido muy buenos resultados con esta medicacion.

El Dr. Dauchez (de París) emplea lo siguiente en las AMIGDALITIS INFECCIOSAS.

R. Glicerina..... 20 gramos
Alcanfor ..... 1 »
Acido fénico..... 1 »

Embadurnar las amigdalas.

Huchard aconseja la siguiente mixtura contra los VÓMITOS INCOERCIBLES:

Tintura de iodo } aa
Cloroformo } 5 gramos

Mézclese. Tomar cinco gotas en cada comida, en un poco de agua.

Farlow da la siguiente fórmula de supositorios contra la DISMENORREA:

R. Estracto de cannabis indica.... 0 gramos 15 milígramos
Estracto de belladona..... 0 » 15 »
Manteca de cacao..... 5 »

Para un supositorio. Hacer cinco iguales. Introducir uno todas las noches, á contar desde 5 dias antes de las reglas.

Surer usa esta solucion antiséptica para INYECCIONES VAGINALES:

R. Naftol B ..... 15 gramos
Alcohol..... 300 »

H. s. a. Uso esterno. Se echa una cucharada de las de café de esta solucion en un litro de agua hervida y filtrada.

La inyeccion puede hacerse fria ó caliente, segun los casos.

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 6

Anales del Círculo Médico Argentino

JUNIO DE 1890

RAWSON

SU ELOGIO EN EL TEATRO ONRUBIA

LOS DISCURSOS

El Círculo Médico Argentino celebró el 12 de Mayo en el teatro Onrubia la ceremonia dedicada á la memoria de su socio honorario *Doctor Guillermo Rawson.*

Los miembros del Círculo, los representantes de las corporaciones científicas, y altos funcionarios públicos, ocupaban el proscenio que estaba elegantemente decorado con trofeos de banderas y guirnaldas de flores. El busto del eminente patricio é ilustre médico, se ostentaba en el medio de la escena, cedido por su autor el escultor Romairone. Un retrato del mismo pendia de un muro.

Concurrencia numerosa y distinguida llenaba las localidades.

La orquesta de Furlotti, compuesta de reputados músicos, cumplió su cometido como ella sabe hacerlo, y ejecutó piezas apropiadas al acto.

La banda del cuerpo de Bomberos, situada en el ámplio vestíbulo del teatro, hizo oir escojidos trozos antes de empezar la ceremonia en el interior.

El Círculo Médico hace constar con placer la generosidad con que los señores Emilio Onrubia, propietario del teatro, y Lopez Gomara, empresario,

han cedido aquél para la fiesta que la Asociacion celebró allí.

Presidia el Dr. Marcial V. Quiroga, vice-presidente del Círculo Médico, y abrió el acto en nombre del mismo.

En seguida hicieron uso de la palabra los Dres. Samuel Gache y Wenceslao Escalante.

He aquí los discursos:

Discurso del Dr. Marcial V. Quiroga.

SEÑORAS, SEÑORES:

Por inconvenientes insalvables del Sr. Presidente del Círculo Médico Argentino, cábeme el alto honor de presidir este acto, que la sociedad realiza hoy dia en homenaje á la memoria de su socio honorario, el preclaro patricio Dr. D. Guillermo Rawson.

No hace muchos dias que la Republica entera fué tristemente impresionada por la fatal noticia que el hilo telegráfico nos tramitió, anunciando el fallecimiento del eminente estadista, del maestro querido.

Los habitantes todos de la capital argentina salieron presurosos, como un solo hombre, á recibir esos restos preciosos, que recorriendo un camino de flores, entre bendiciones patrióticas y sinceras, fueron depositados en la mansion eterna de la muerte, en medio de la veneracion y del cariño, y legados allí al respeto y al amor de las generaciones presentes y venideras, como un modelo de ciencia, de [illegible]ad y patriotismo.

El Círculo Médico Argentino, compuesto en su mayor parte de discípulos y entusiastas admiradores del ilustre sábio, consecuente con sus designios y sus propósitos, sentia palpitante la necesidad de honrar su memoria, mostrando al mundo que la juventud estudiosa de esta tierra privilegiada sabe conservar gratitud y admiracion por la memoria de los que consagran su vida al desarrollo de las ciencias, y de los que dejan huellas luminosas de su pasado.

¿Y quién mas digno de estas demostraciones de sincero aprecio y admiracion que el sábio profesor de higiene de la Facultad de Ciencias Médicas, que con su palabra fascinadora y entusiasta supo despertar en el espíritu de sus discípulos el interés por el cultivo de la ciencia? ¿Quién mas digno que el hábil orador parlamentario, que con su palabra profética y convincente era el orgullo de la oratoria argentina? ¿Quién mas digno que el virtuoso político que supo sostener como lema eterno de bandera, la honradez, la libertad y el progreso? ¿Y quién, por fin, tan digno como él, modesto ciudadano, que nos ha legado como recuerdo imperecedero de todos los actos de su vida pública, una acrisolada honradez, una virtud ejemplar, un patriotismo sin igual?

Señoras, señores:

El Círculo Médico Argentino, deseando dar á esta fiesta toda la altura digna de la causa que la motiva, ha designado á los Dres. D. Samuel Gache y D. Wenceslao Escalante, para que sean los intérpretes de los sentimientos que en todos los corazones palpitan en este momento, pues que ella honrando la memoria del maestro amado y eminente estadista, servirá de estímulo para los que se dedican al cultivo difícil de las ciencias médicas y sobre todo, señores, de la juventud estudiosa, esperanza fundada de la patria.

Queda, pues, abierto el acto que esta sociedad celebra en honor del hombre eminente, del profesor amado, del ciudadano sin mancha, Dr. D. Guillermo Rawson.

He dicho.

Discurso del Dr. Samuel Gache

Señoras;

Señores:

En vano buscaria el Círculo Médico Argentino reunirnos con un objeto mas simpático que el que aquí nos trae.

Venimos á premiar el mérito, enaltecer lavirtud, dignificar el sacrificio, factores todos merced á los cuales puede hoy la humanidad mirarse á sí misma y contemplar su propia obra en la obra de sus grandes servidores. Porque aquellos elevadísimos sentimientos representan en el encadenamiento lógico y progresivo de las sociedades, el esfuerzo gigante de los siglos con sussábios, sus tribunos, sus pensadores, sus artistasy sus mártires.

Siempre se encuentra la idea tras del sacrificio; siempre el pensamiento que germina y fecunda, acompaña las acciones gloriosas; siempre la luz trascendental envolviendo en sus destellos la conciencia pura de los predestinados á la vida imperecedera.

Génio, patriotismo, abnegacion,—he ahí los eslabones misteriosos que unen las generaciones del pasado á las generaciones del presente, y á las del porvenir; palabras de seduccion y encanto, que aseguran el camino de la inmortalidad, porque aquellas como la verdad misma son reverberacion sublime de tea inextinguible.

Todos los pueblos de la tierra han tenido y tienen sus dias de tristeza suprema en que, penetrando dentro de sí mismos, parecen interrogarse sobre sus propios destinos.

El pueblo argentino no ha podido sustraerse á esta ley, y en su corta vida independiente se ha sentido muchas veces sacudido por esos secretos impulsos que son su fuerza y su nervio.

Poco tiempo ha que se agrupaba en derredor del féretro de Sarmiento, recibiendo sus restos con amor; le hemos visto ayer no mas tributar á Guillermo Rawson los mas altos honores, y recibir tambien sus despojos, con ternura y patriótica uncion.

Y vuelve hoy, representado por esta distinguida

concurrencia, á congregarse en nombre de tiernas afecciones, para oir el relato de la vida de ese hombre esclarecido.

Yo quisiera poder pintaros cuán grande era esa figura: quisiera exhibir ante vosotros esa personalidad rodeada de sus grandes atributos; quisiera recordar los dias de júbilo que ella ha dado á la Nacion; quisiera, en fin, poderos revelar toda la intensidad de ese claro talento, sus eximias virtudes republicanas, la incontrastable energía de su frase, la fuerza de ese noble espíritu, la sinceridad de ese maestro de la ciencia que hemos conocido y amado bajo el nombre de Rawson.

Pero, si no me es posible hacer el elogio del ilustre compatriota, siguiendo en detalle las manifestaciones de su actividad, entre nosotros, séame permitido trazar grandes contornos.

Rawson vino de San Juan á Buenos Aires en 1837, recomendado al Dr. Diego Alcorta, médico y profesor de Filosofía. Ingresó al colegio de los jesuitas, establecido en lo que hoy es museo público, formado entonces por los padres Coris que enseñaba latin y humanidades, Majesté que dictaba las clases de aritmética y álgebra, y el famoso Gomila que tenia á su cargo las de física, química y matemáticas superiores, sirviéndose para la enseñanza de los instrumentos adquiridos por Rivadavia, para la Universidad, á la sazon cerrada.

De la importancia de estos padres jesuitas dan testimonio aun los hombres mas eminentes del país, educados por ellos. Era el Sr. Gomila un espíritu superior, una ilustracion, un gran maestro en los ramos de su enseñanza. Espulsado de España, pasó á París, donde continuó los estudios de su especialidad, al lado de las eminencias de la época. Poco despues se encontró en Buenos Aires, y asociado á aquellos otros tuvo la fortuna de ser el director intelectual

de la juventud á la que estaba reservada la tarea de organizar la nacionalidad argentina sobre bases definitivas.

Y en efecto, allí recibian instruccion Rawson que llevaba en sí la predestinacion de una gloria nacional; Gorostiaga, su amigo predilecto, colaborador en aquella obra grandiosa, jurisconsulto y hombre de Estado; y entre otros, Luis Gomez, Benito Bárcena, Malaver, etc.

Los libros de estudio eran muy escasos; y para suplir su ausencia, Rawson y Gorostiaga anotaban las lecciones de los maestros, y hacian circular los manuscritos entre sus condiscípulos, sirviendo así de texto.

Rosas que no miraba bien aquel centro de ilustracion, espulsó á los jesuitas, y al abandonar la República Argentina, Gomila decia á sus discípulos: « No volveré á España sin pasar los Andes y com- « probar las observaciones de Humboldt. No ne- « cesito mas que el termómetro y mi breviario ». En estas circunstancias se fundó otro colegio de cursos preparatorios, en el cual Rawson tomó la enseñanza de la física y las matemáticas, en tanto que Gorostiaga se dedicaba á la aritmética y la historia.

Sus estudios en la Facultad de Medicina, de la que eran profesores los Doctores Cuenca, Argerich, Garcia, Fonseca, Fernandez, afianzaron la reputacion del jóven Rawson y dieron autoridad á su nombre que bien pronto alcanzó merecida repercusion en las provincias.

Su tesis para el doctorado versó sobre las leyes de la herencia, y el dia de su lectura en la Escuela de Medicina quedó señalado como un acontecimiento en Buenos Aires. El Dr. Claudio M. Cuenca, su padrino en aquel acto, pronunció un discurso que la tradicion conserva, exhortando al nuevo médico á proseguir con ahinco en la senda empezada, y demostrándole su porvenir venturoso le señalaba la página en blanco de nuestra historia que era necesario llenar.

Terminados, pues, sus estudios escolares en medio de un triunfo completo, era necesario fijar la resi-

dencia en alguna ciudad, y se resolvió hacerlo en San Juan, su pueblo natal. Conocia el movimiento de la medicina en Europa, por revistas y periódicos que leía,—de modo que su ilustracion teórica era avanzada—y á este respecto decía á sus amigos: «Me será provechosa la práctica de mi padre para apreciar las teorías que tengo en la cabeza.» (1)

En San Juan pronto se abrió camino obteniendo numerosa clientela, y la Cámara de Diputados lo contó entre sus miembros.

Rosas dominaba en absoluto, y la provincia de San Juan estaba entregada al gobierno personal de Benavidez. Este, como acto de adhesion á aquel solicitó de la Legislatura que se invistiera al tirano con las facultades extraordinarias, palabras nuevas hasta entonces, segun Sarmiento, y cuyo alcance sólo el agraciado comprendia.

Rawson tenia aquí una singular ocasion para expresar sus opiniones, y revelarse orador.

El Gobernador de San Juan sabia que éste no se inclinaba ante el peligro, y que manifestaria claramente sus ideas, haciendo oposicion á lo que creyera merecerlo. A fin de conseguir el resultado que buscaba y mostrarse ante Rosas hombre fiel y decidido, resolvió echar mano de recursos prohibidos, y mandó sitiar con soldados el recinto de la Cámara, para intimidar á sus miembros. Fué entonces que los Diputados se reunieron en la catedral por iniciativa de Rawson, y allí, bajo la bóveda sagrada, aquel jóven recien iniciado en la vida pública, pronunció uno de sus mas célebres discursos fustigando á Benavidez, combatiendo á Rosas, y negando á éste la investidura de jefe supremo.

El triunfo oratorio de Rawson se difundió por

---

(1) Su padre el Dr. Aman Rawson, era de una familia distinguida de los Estados Unidos; llegó á Chile como médico de un buque de guerra, pasando en seguida á Mendoza y San Juan, donde se casó con la Sta. de Rojo.

todo el país, y desde luego se saludaba con aplausos al nuevo astro que aparecia en el horizonte, irradiando luz propia.

Su porvenir quedaba asegurado en la tribuna parlamentaria. A la inversa de Thiers en su debut en la cámara francesa que sufrió injusto fracaso, el orador argentino se elevó en el concepto público.

Las ideas avanzadas que se proclamaban, y las elevadas tendencias y esfuerzos por establecer el gobierno libre, dieron motivo al dominador de San Juan para encarcelar á distinguidos ciudadanos: Rawson fué engrillado.

Sin embargo, la autoridad de su palabra y la bondad de los principios que profesaba hacian camino en la opinion, y habian logrado vencer en parte las inclinaciones perversas de Benavidez; pero la reaccion social solo fué posible despues de Caseros, época en que Rawson y otros patricios adquirieron una imprenta y fundaron un diario desde cuyas columnas vigorizaba aquel la regeneracion, y formulaba en juiciosos artículos las bases y fundamentos del gobierno representativo federal.

Enemigo decidido de la influencia de los caudillos vencedores, combatió á Urquiza desde su banca de Diputado en el Congreso del Paraná, y la cuestion relativa á los derechos diferenciales le contó igualmente en el número de sus mas ardorosos impugnadores.

Esto y otras causas determinaron á Rawson á abandonar la Capital de la Confederacion, y volvió á Buenos Aires, á cuya Legislatura fué llevado por el pueblo.

La gran cuestion—capital de la República—se agitaba entonces, y todos nuestros estadistas le prestaban el concurso de sus talentos. Los dos partidos formados despues de Pavon se disputaban la victoria, buscando el uno la federalizacion completa de la Provincia de Buenos Aires, y combatiendo el otro esta proposicion, que segun el decir de Adolfo Alsina « era la supresion de la Provincia de Buenos Aires del mapa geográfico de la República ».

La actitud de Rawson estaba señalada por sus antecedentes. La nacionalidad ante todo era su aspiracion, y á esta idea consagró sus esfuerzos, comunicándole el calor generoso de su corazon argentino.

Para salvar los inconvenientes que se oponian á la solucion de este asunto, se presentó el proyecto de ley de *compromiso*, proyecto que en opinion de Rawson, permitia « la perfecta compatibilidad entre el órden nacional y el de provincia, á términos que pueden coexistir en el mismo lugar ambos gobiernos sin embarazarse mútuamente en la respectiva esfera de su accion; la jurisdiccion de uno y otro jiran en órbitas muy distintas, aunque concéntricas, desde que el gobierno nacional no ha de ejercer, como lo haria en el territorio de la Capital, una legislacion y dominio esclusivo sobre el territorio que le sirve de asiento ».

Tal es la síntesis del discurso pronunciado en aquella memorable sesion de 1862.

La Provincia de San Juan le honró en seguida con el cargo de Senador al Congreso Nacional; pero, muy luego renunció este para aceptar el Ministerio del Interior ofrecido por el Presidente Mitre. Nombrado para este elevado puesto, fué su primer pensamiento no aceptarlo, alegando razones puramente personales; y solo despues de mucha insistencia por parte de sus amigos, quienes le demostraban la necesidad de este sacrificio en homenage á la causa nacional triunfante, se decidió por la aceptacion.

La opinion pública aclamó con entusiasmo al ministerio que representaba la paz y el órden, y que por su composicion especial aseguraba la confianza á las Provincias.

La iniciativa del Ministro del Interior pronto se hizo sentir, revelándose en proyectos relacionados con la construccion de ferrocarriles, telégrafos, colonizacion, inmigracion y muchas otras importantes cuestiones.

Los asuntos políticos, originados en el estado de formacion de la nacionalidad bajo el nuevo régimen, imponian al Ministro inmensa tarea y gran responsa-

bilidad. Y fué en esto precisamente en que él demostró sus poderosos recursos de hombre de Estado y constitucionalista eminente. Inclinado á los estudios constitucionales, y teniendo por modelo á la nacion norteamericana cuya historia conocia á fondo, y cuya influencia en el desarrollo de la libertad social y política admiraba como pocos, interpretaba la carta fundamental con verdad y con pureza, la aplicaba sin restricciones y enseñaba con su respeto á amarla y defenderla.

Un enemigo exterior turbó entonces la paz pública; y en el interior, luchas fratricidas consumian estérilmente fuerzas preciosas. El caudillaje ignorante y altanero no se doblegaba ante la Constitucion; el sable era su instrumento y la barbárie su divisa. La nacionalidad argentina se agitaba en los devaneos de su suerte incierta. Las montoneras dominaban las Provincias, y la reaccion contra el régimen institucional lo anarquizaba todo. Las muchedumbres incultas, fanatizadas por amos semisalvajes, resistian la ley y enarbolaban la bandera sangrienta de la guerra civil. Eran los despojos de una época luctuosa que al sentirse rechazados por las nuevas ideas y tendencias, agitaban al aire el pendon del personalismo y la demagogia.

Contra estos elementos debia lucharse para hacer imperar la ley sobre el sable, para que prevaleciera la justicia, la igualdad y la paz, para que todos los ciudadanos fueran amparados por el derecho comun.

El Ministro Rawson, conocedor ante todo de las causas que engendraban en el organismo argentino tales trastornos, atacó aquellas con energía y decision; combatió en el gabinete y en el parlamento la influencia de los caudillos, y alcanzó la satisfaccion de ver á éstos someterse ante la fuerza consciente y reparadora de la Nacion.

El pensamiento del estadista se erguia sobre las dificultades, y animado del patriotismo que fué en él culto supremo, acariciaba risueños ideales y perspectivas grandiosas para el pueblo que tanto amaba. La prepotencia del principio democrático sobre la espada quedó asegurada.

Terminado el período presidencial de Mitre, en 1868, volvió Rawson al seno del pueblo; y como los austeros ciudadanos de la Union Americana que despues de gobernar se entregan á sus labores particulares, así entró él de nuevo á la vida privada y abrió su consultorio como médico. Pero, este retiro no fué duradero. La provincia de San Juan, justiciera con su hijo ilustre, reprodujo la escena del modesto Cincinato y le sustrajo del descanso que tanto necesitaba, dándole su representacion en la Cámara de Diputados primero y en el Senado luego, por segunda vez.

El maestro en la ciencia constitucional ocupaba su cátedra, y el pueblo esperaba su palabra como la encarnacion de la verdad.

La Convencion Constituyente de la Provincia de Buenos Aires reunida en 1870 y 1871, dió nueva ocasion á Rawson para desplegar las dotes de su fecunda inteligencia, y allí desarrolló un plan de reformas en armonía con el espíritu y tendencias de la época, y segun las conquistas del derecho moderno.

Es este el momento en que entra Rawson á la Facultad de Medicina como profesor de higiene. Su paso por ella marca una nueva era en nuestro embrionario movimiento científico.

Poseedor de una notable instruccion médica, observador sagaz, conocedor de las deficiencias y necesidas de la enseñanza, pronto pudo colocar su cátedra á la altura de su importancia, dando al estudio de su asignatura toda la amplitud que merece y entrando él mismo de lleno en la discusion de sus complicados problemas.

Su principal anhelo era formar lo que él llamaba el cuerpo de *higienistas argentinos,* esperanza que no pudo ver realizada por careçer aun la Escuela de los medios apropiados á ese objeto.

Sus lecciones orales son el monumento imperecedero que él lega á sus discípulos.

Jamás ningun profesor reunió en sí igual suma de simpatias y de respeto; jamás ningun otro inculcó mayor amor á la ciencia, ni difundió sus verdades con tanta pasion ni entusiasmo.

Era en la cátedra una figura que dominaba por sus propios caractéres.

Y cuando su espíritu sereno penetraba en los dominios de la teoría, investigando las causas de los trastornos y fenómenos que conmueven al linaje humano, para proclamar los principios de la Demografía; cuando buscaba en la Biología las leyes fundamentales de la existencia de los seres organizados; y cuando su voz purísima y suave llegaba á nuestros oídos para condenar los aprestos bélicos de las naciones que descuidan sus servicios higiénicos en nombre de intereses transitorios, entonces ese anciano, patriarca en medio de su familia, parecía un iluminado de Dios para señalar á aquella juventud el derrotero de la vida con sus ideales y sus encantos, con sus errores y sus esperanzas. Era la Sibila que hablaba.

Los rasgos que mas caracterizan la elocuencia de Rawson son la dulzura de la frase y la armonía esquisita de sus períodos.

Quiero entreteneros un momento reproduciendo aquí uno de sus últimos discursos. Es el adios del maestro amado contestando el saludo de sus discípulos que lo despedian en la víspera de su viaje á Europa.

Escuchad:

Me alejo de Buenos Aires temporalmente; espero volver pronto para continuar con vosotros ó con los que os sucedan, las tareas de la enseñanza.

Pero, donde quiera que esté, queridos amigos y discípulos mios, donde quiera que vaya, irá conmigo la memoria imperecedera, imborrable, de esta emocion que esperimento ahora y que esperimento diariamente al acompañaros en el estudio de la ciencia, al enseñaros el camino que conduce al adelanto de la inteligencia. No me he de olvidar nunca, jamás, de este cuadro estereotipado en mi cerebro y radicado en mi corazon: el anfiteatro de la Facultad. Una reunion de 50 jóvenes alumnos sentados en sus bancas. Un anciano frente de ellos. La palabra débil, deficiente, el timbre gastado por los años y por el ejercicio mismo de la voz, impone á ese círculo de oyentes un silencio profundo no turbado ni por el ruido de la respi-

racion. La palabra del maestro, de ese anciano débil, llega simple y clara al oído de cada uno.

He visto, señores, muchas veces la frente de cada uno de vosotros, reflejada para mí delante de mis ojos, de mi corazon enardecido con el amor de la ciencia y con el amor de mis discípulos que son mis hijos en la inteligencia y en el corazon.

Yo he esperimentado muchas veces el reflejo que de esas frentes venía lleno de talento, de fé, de esperanza á herir la sensibilidad de maestro y de amigo. Ese cuadro, señores, lo tengo fijo en mi corazon; nunca lo he de olvidar. Pasarán los años, pasarán los tiempos, cesará mi accion sobre la tierra,—pero quedará siempre el recuerdo, que está encima de todo.

¿Qué significa ese cuadro? Nada mas que lo que pasa diariamente ¿Cuántos eran los estudiantes que habia delante de mí? Eran cincuenta, decia hace un instante. Pero, ¿cuántos son los que han pasado?

Son quinientos, decia el caballero que ha dejado la palabra. Quinientos: Si! Todos están representados en ese anfiteatro tan querido para mí, de tal manera, que como decia en otra ocasion, me imaginaba mirándolo, contemplar las corrientes de un arroyo, que se cree siempre las mismas, compuestas de las mismas partículas, como si fueran inmóviles, incontrastables, pensando que hasta las riberas que lo circundan, las flores que lo rodean, son las mismas, siendo así que todo ha cambiado en la eterna rotacion de la naturaleza.

Una cosa me acontecia mirando el anfiteatro, con los jóvenes que se sientan en él. No sé cómo se llaman, no conozco sus antecedentes, no sé cual será su porvenir; pero como las corrientes de agua que van pasando enfrente de los ojos, creyéndose las mismas, los discípulos de hoy, mis hijos queridos en el espíritu, me traen el recuerdo de los de ayer.

Cuánta moral, cuánta enseñanza en estas palabras! Qué alma tan pura la suya, y cuánta bondad en sus consejos!

La personalidad científica de Rawson es, sin duda alguna, descollante en el escenario de esta region del continente, y habria sido universal su renombre si en vez de nacer en un oscuro rincon de América hubiera visto la luz primera en otras latitudes, en países donde la ciencia tiene cultores y donde el estímulo inspira é impulsa á nuevas conquistas. Nacido en Europa, su fama estaria hoy entre nosotros acompañada de ese respeto y admiracion que envuelve los nombres de Graves, Trousseau, Villemain, Cl. Bernard, Lassegue.

Habia en él la talla de un sábio, pero le faltó el aliento de los grandes centros. El medio en que actuó era deficiente, y él suplia esta deficiencia con sus recursos intelectuales y sus vastos conocimientos teóricos.

La esperimentacion es al presente la base de los estudios médicos, y entre nosotros ella está por completo abandonada. Con la ayuda de los gabinetes y laboratorios de las escuelas del viejo mundo, Rawson estaria hoy á la altura de Petenkofer, de Proust ó de Arnould.

Tenia talento para dominar cualquiera rama de la ciencia, y habria llegado á dar los fundamentos y principios de alguna, si su accion se hubiera desenvuelto en mas vastro teatro.

Rawson ha temido siempre la publicidad, y es tal vez por esto que pocos trabajos se deben á su pluma.

Sin embargo, entre sus estudios conviene recordar *Las casas para obreros* y la *Higiene internacional* que aparecieron hace pocos años.

Y si no deja en pos de sí una obra completa de higiene, no hay que reprocharle por eso. Ahí están sus lecciones que son y serán siempre el pedestal de su gloria como hombre de ciencia; ahí está su consejo á las autoridades revelado en las obras de saneamiento y de ornato con que se transforma Buenos Aires; ahí está su enseñanza á dos generaciones que divulgan los secretos de la ciencia que cultivó, y que agradecidas, bendicen su memoria inmaculada.

No era uno de esos raros varones destinados á acaudillar las multitudes, ó á recorrer los pueblos en busca de adeptos para sus creencias.

Sereno por constitucion, moderado por principio y sano en todos sus actos, era un hombre de Estado en la acepcion genuina de la palabra, cual se considera á Washington, Rivadavia, Cavour y Glasdtone.

un espíritu excepcionalmente organizado para

el bien, y en este sentido mejor estaba en las asambleas y acuerdos gubernativos dictando y enseñando con la práctica y el ejemplo, que en la lucha ruda de las muchedumbres, no siempre aptas para comprender sus conveniencias.

Era el consejero de vistas claras que ocupaba su puesto en los momentos de tranquilo desarrollo, para dar al pueblo útiles consejos y prevenciones.

En la tribuna argentina jamás fué superada la influencia de su palabra; como hombre jamás fué discutida su intencion, y jamás sentimientos egoistas pudieron conmover su moral, ni hacer vacilar sus convicciones. Fué un apóstol de la verdad en todas sus expresiones; una alma fuerte como la de aquellos hijos de Esparta que morian por cumplir las santas leyes de la patria.

Bien podríamos los argentinos á imitacion de los romanos del tiempo de Caton, llamar á Rawson, *el severo Rawson*. Su vida es un ejemplo.

Los últimos años de este hombre excepcional pasaron en la desgracia. Enfermo é imposibilitado para el trabajo, ciego casi, vivia en su honorable retiro, al amparo de una ley que le aseguraba la subsistencia.

Aquel hombre que habia concurrido con su esfuerzo, su virilidad y su talento á darnos *Paz, Libertad, Orden*; aquel hombre que en álas de su elocuencia arrobadora ascendió á donde ningun otro argentino llegó jamás; aquel hombre que administró los caudales públicos durante varios años, y que por espacio de 30 actuó en todos los acontecimientos desarrollados en la Nacion, ha muerto pobre, pero su nombre y su memoria hacen parte del corazon y del alma del pueblo argentino. Es por eso que será grande en la inmortalidad.

La República entera se ha conmovido ante sus despojos, que á su paso por naciones amigas han recibido piadosos homenages; y al entrar en el Plata la nave conductora parece haberse oído un himno, algo como si el arpa del poeta perdida en la inmen-

sidad se hubiese asociado con sus gemidos al duelo de la patria.

La República Oriental del Uruguay que hizo suyo el duelo producido por la muerte de Sarmiento, se asoció tambien á las demostraciones públicas en honor de Rawson, y el Centro Médico Uruguayo presentó á la memoria de nuestro gran higienista el tributo sincero de su admiracion y simpatía.

Nada ha faltado á la apoteosis con que la justicia popular se ha anticipado al fallo de la historia, y que solo alcanzan los grandes entre los grandes de la tierra.

Las pompas oficiales con sus esplendores y sus magnificencias; el pueblo con sus lágrimas y sus congojas; las corporaciones científicas con sus adhesiones y sus sentimientos; las universidades y escueas con sus delegados; las comunas con sus diputados; el pobre y el rico, todos estaban allí como testimonio vivo de dolor por tamaña desgracia.

Descansan al fin en tierra amada los restos de uno de los contemporáneos mas esclarecidos: hombre de ciencia y hombre de gobierno, pensador y combatiente en la lucha de los partidos, filósofo y filántropo, corazon patriota y alma vaciada en el molde de los grandes caractéres.

El Círculo Médico le consagra benemérito de la ciencia nacional, y tomando sus aspiraciones por estímulo y sus ideales por guia, recoje su enseñanza y la guarda como herencia inextinguible.

Maestro, consejero y amigo de la juventud, él estará presente siempre en espíritu donde se rinda culto á la virtud, donde se luche por el bien y donde la moral tenga su altar.

Queda desde ahora el nombre ilustre de Rawson incorporado á los de nuestros estadistas inmortales; su estátua se levantará en la plaza pública por obra de la gratitud nacional; y el pueblo argentino, al custodiar con amor y con piedad los restos del prócer, podrá inscribir sobre su tumba las palabras que la Francia republicana grabó sobre el sepulcro de Thiers: *Patriam dilexit, Veritatem coluit (Amó la Patria y respetó la verdad).*

Discurso del Dr. W. Escalante

SEÑORAS—SEÑORES:

Honrado por la digna asociacion que ha preparado este acto, con el encargo de hacer el elogio de un eminente patricio, me sentia sin la elocuencia necesaria para desempeñarlo dignamente y elevarme á las alturas en que se cierne su figura inmortal.

Ante el conflicto, entre la debilidad de mis facultades y el desempeño de una mision que no podia, que no queria rehusar como un homenaje de patriótica gratitud al gran ciudadano, he pensado que el medio de salvarlo era ponerme bajo el patrocinio y la sombra de su espíritu, y así he buscado su luz directa en las múltiples manifestaciones de su pensamiento, leyendo sus discursos, é interrogando á los documentos de sus trabajos de estadista.

Y á medida que avanzaba en tan agradable investigacion aunque con la rapidez que un breve término me imponia, me fortificaba en mi resolucion y recibia el aliento que presta el exámen de los hechos gloriosos y el entusiasmo que comunican los ecos de aquella elocuencia encantadora que brotaba á raudales de un corazon purísimo, para animar los conceptos de una inteligencia superior.

Los héroes como Rawson no necesitan de la declamacion vacía, ni de las flores artificiales de la retórica para que se labre su elogio y se coloque su imágen sobre sólido pedestal.

Basta á su gloria inmarcesible la narracion de los hechos de su vida pública, como bastaria á la admiracion de su elocuencia la reproduccion de sus luminosos discursos.

Es tan rico el mármol de su estátua, su vida misma la ha cincelado con rasgos tan bellos, que yo no puedo hacer nada para corregirla, ni mejor que, exhibirla en su luz verdadera tal cual ella se ofrece á la observacion.

Ved la escena:

Una dictadura surgida de las entrañas de la guerra civil y la barbárie se estendia como un azote sobre toda la República.

El tirano hipócrita á pretexto de que el país no estaba preparado para la organizacion, resistia los anhelos de una constitucion

regular que sustituyera el imperio de la ley al de sus caprichos personales, y á su sed de absoluto dominio que á precio del destierro, de la fortuna y de la vida, exijia una sumision incondicional de esclavos á todos los argentinos.

Su instrumento no eran las dádivas.

Los intereses materiales no se desarrollaban en la miseria de un país desierto y cerrado á las avenidas fertilizantes de la inmigracion europea.

En ese tiempo no habia ricos: todos eran pobres: no se temia mucho á la miseria ni deslumbraba la perspectiva de la riqueza.

Era necesario imponer por otros medios, y se inauguró el terror.

El tirano dijo: la obediencia ó el hogar, la esclavitud ó la muerte; y la mazhorca se adelantaba en la ejecucion de este plan de esterminio.

Habia que emigrar ó morir, sea á manos de los sicarios, sea en los campos de batalla luchando desesperadamente y sin éxito por la libertad; pero salvando siquiera el honor argentino.

Rosas estendia desde aquí su férrea mano á todas las demás provincias, cuyos caudillos eran sus aliados naturales á condicion de que los mantuviera en su dominio personal sobre pueblos exhaustos y fatigados de guerra civil. Así todos poco á poco fueron rindiéndole pleito homenaje y lo invistieron de facultades extraordinarias proclamándolo su jefe supremo.

San Juan fué una de las últimas provincias á que se exigió la consagracion de esa oprobiosa sumision.

Gobernábala Benavidez con un despotismo relativamente manso y decorado con una legislatura á cuyo seno y con su acuerdo quisieron los sanjuaninos llevar al jóven Dr. Rawson recien llegado de Buenos Aires, con la fama de sus excelentes prendas de carácter y sus dotes intelectuales sobresalientes. Aceptó el puesto con el patriótico propósito de convertir á Benavidez á la causa liberal que luchaba por la constitucion regular del país. Pero un dia llegó á San Juan la oprobiosa exigencia y Rosas quiso que se le confiriese el título de jefe supremo.

Benavidez se apresuró á remitir á la legislatura un proyecto con ese objeto.

Estaba tirado el dado, é iba á verse si se repetia allá el acto de degradacion y cobardía cívicas ya producido en otras provincias.

Los términos de la disyuntiva estaban planteados siempre en la terrible fórmula: ó la sumision ó la muerte, sino el destierro en el mejor caso.

San Juan arrojado entre los peñascos y desiertos áridos, condenado á aprisionar con titánicos esfuerzos de trabajo, bajo un clima ardiente, algunas escasas corrientes de agua para fertilizar un pedazo de tierra y ganar el pan con el sudor de su frente,

contenia en sus entrañas el gérmen de los caracteres que como las plantas vigorosas salen de entre las grietas de la montaña desafiando la aridez de su suelo y la inclemencia de su atmósfera.

Allí habia nacido Sarmiento que desde Chile arrojaba sobre Rosas sus terribles imprecaciones como peñascos empujados por el torrente de la cordillera.

Allí habia nacido tambien Rawson que llevaba en sus venas el sentimiento del derecho y la persistencia serena de la raza sajona mezclados al calor de la raza latina, con sus ideales y entusiasmos, sus abnegaciones y su génio.

La espectativa era solemne y el anhelo público comprimido parecia presentir algun hecho extraordinario que calmara su secreta sed de independencia y libertad.

Entre tanto el gobernador tomó las acostumbradas medidas de intimidacion y el dia de la sesion se presentaban armados en la barra de la legislatura los tipos siniestros de la mazhorca, con ademanes y palabras amenazantes para los que osaran desafinar en la armonía de las abyecciones federales.

La sesion se abre: léese el proyecto: silencio sepulcral. Jamás hubo un momento mas solemne.

Rawson pide la palabra, se iergue sin afectacion, no parece que va á hacer ningun esfuerzo, ni que se apercibe de lo extraordinario y peligroso de su situacion, y con esa voz apacible y con esa palabra llena de uncion que ¡ay! se ha apagado para siempre, se insinúa suavemente en el auditorio, lo rodea, lo asimila y lo eleva por grados desde el bajo nivel en que yace el proyecto con el régimen que lo engendra, hasta las alturas de la vida libre é institucional del país, unido y constituido con ciudadanos nobles y autónomos, en las perspectivas de su grandeza futura semejante á la de Estados Unidos.

Su elocuencia se deslizaba majestuosa sobre la superficie del abismo como Neptuno sobre las aguas.

Et summas leves perlabitur undas.

Habló y transformó su escena: la lira de Orfeo arrastraba los bosques y las fuentes que murmuraban al unísono, y la palabra de Rawson apaciguaba á los instrumentos del terror, los atraía á su causa y los hacia escuchar con religiosa atencion la voz de la justicia y la verdad y el anhelo por la libertad y la felicidad de la patria.

Los representantes lloraban de emocion ante ese conjunto tan estético y sublime de abnegacion é inteligencia, de entusiasmo y de saber, de carácter, de sacrificio, de vigor y de luz en medio de una época cobarde y tenebrosa.

La ley se sancionó pero quedó derrotada su escuela. El poder de la verdad no depende del número de sus confesores y le basta un apóstol para difundirse en la sociedad sin que lo impidan las blasfemias de los réprobos.

Así nació el hombre de Estado y ya veis que ninguno puede ostentar mejor bautismo.

Sabeis que toda su vida fué digna de tan glorioso principio.

Rawson continuó sus trabajos por el triunfo del partido liberal hasta que la batalla de Caseros concluyó para siempre con la tiranía.

Entonces los sanjuaninos respirando la nueva atmósfera derrocaron su gobierno personal por una revolucion de índole pacífica que elevó á los hombres mas notables y entre ellos á Rawson. Pero Benavidez fué repuesto con el auxilio del general Urquiza y decretó la persecucion, el destierro ó la cárcel contra los mas distinguidos ciudadanos. Rawson sufrió la prision y los vejámenes con la mayor entereza, sin abdicar sus convicciones.

Pero si la situacion interior de algunas provincias no se modificó radicalmente, la batalla de Caseros abrió una nueva escena á la inteligencia y al patriotismo argentinos.

Sancionada la Constitucion de 1853, habia por una parte que desarrollarla é interpretarla convenientemente en sus múltiples aplicaciones y que resolver por otra el grave problema de la incorporacion al hogar de la familia argentina, de la hermana mayor, alejada por desconfianzas en los hombres que presidian la nueva situacion.

San Juan no podia olvidar á su hijo distinguido, y lo llevó con su voto expontáneo al Congreso de 1856.

El general Urquiza, lleno de la gloria de Caseros, presidia la Confederacion uniendo los prestigios del mando á su considerable influencia personal, como caudillo de un partido poderosísimo.

Sin embargo Rawson no era capaz de ceder un ápice de sus principios ante ninguna influencia personal y lo acreditó así en todos sus actos.

Conocida desde entonces su competencia en derecho constitucional lo nombraron para la comision respectiva en la cual figuró siempre en los diversos parlamentos.

El dia mismo de su incorporacion á la Cámara de Diputados reivindicaba el derecho de ésta para juzgar las elecciones de sus miembros, revelando un conocimiento completo de las leyes y prácticas de los Estados Unidos que propuso siempre como el modelo mas acabado.

Despues combate por inconstitucional un decreto del P. E., y ardiente partidario de la libertad electoral, hace anular la eleccion

de un Diputado electo por el territorio mismo de la capital donde mas pesaba la influencia de aquel.

Examinó las Constituciones provinciales sometidas al Congreso é informó sobre las de Corrientes, Santiago y San Juan. Esta suprimia la representacion por distritos en la Legislatura y establecia el veto absoluto del P. E., como para legalizar el gobierno personal que San Juan sufria desde antes de la caída de Rosas.

Rawson aconseja y obtiene el rechazo de esas dos prescripciones El P. E. Nacional patrocinando al gobierno sanjuanino vetó la sancion del Congreso y Rawson le negó la facultad de vetarla. La Cámara por un voto de mayoría acepta la facultad y la comision se expide nuevamente sobre el fondo del asunto aconsejando se mantuviera el rechazo de las cláusulas desaprobadas.

La votacion fué nominal y Rawson pronunció un viril discurso condenando como sanjuanino la política del P. E. y terminando con estas bellas palabras:

«Voto por la insistencia...porque cuando todas las provincias argentinas se preparaban á descansar felices á la sombra del árbol de la libertad regado con la sangre de Caseros, solo mi país natal, la Provincia de San Juan, ha sido excluida de la dicha comun.»

Digámoslo en honor de la independencia de aquella Cámara: ella dió doce votos contra diez por la insistencia en cuanto á la representacion por distritos é insistió por unanimidad en contra del veto absoluto que patrocinaba el P. E.

Veneremos, señores, estas tradiciones de civismo y fortifiquemos en ellas la voluntad vacilante de una época materialista absorbida por el mercantilismo.

La separacion de Buenos Aires y las ardientes polémicas á que daba lugar tenian sobreexcitada la atmósfera y enconados á los partidos, produciéndose un choque de medidas de recíproca hostilidad.

Así apareció en el Congreso del Paraná el proyecto de interdiccion del comercio directo con Buenos Aires, que se trasformó finalmente en el de derechos diferenciales contra esta Provincia.

Rawson que era esencialmente argentino lamentaba la separacion y considerándola transitoria trabajaba constantemente en favor de una política conciliatoria que acercara fácilmente el término de la deseada union, que segun lo dijo en el Senado de 1862, habia sido la aspiracion de toda su vida.

Empezó la discusion del proyecto y Rawson buscando «la templanza y la cordura que deben presidir á deliberaciones tan trascendentales» hizo mocion para que se aplazara la discusion.

No lo consiguió porque las pasiones estaban exaltadas, pero en medio de ellas mantuvo la serenidad de su espíritu cuando le tocó terciar en aquel debate memorable, probando que el proyecto era contrario á la Constitucion y á los intereses económicos y políticos de la patria.

En su luminoso discurso se admira el método y la claridad de la exposicion, el conocimiento de la ciencia económica cuyos títulos reivindica y la serenidad con que prescinde de las pasiones en medio de cuyo soplo permanece inmune para elevarse por el patriotismo á las mas nobles aspiraciones del espíritu verdaderamente argentino.

Y dijo: «Si quisiera abrir una brecha sangrienta á las hermosas instituciones que nos rijen, yo votaria por esa ley; si conspirara contra la prosperidad de la industria y el comercio, contra la riqueza y bienestar de estos pueblos nacientes, yo votaria por esa ley; y si tuviera la dañina intencion de mutilar á mi patria, profundizando el abismo que nos separa de Buenos Aires, tambien señores, yo votaria por esa ley.»

La ley se sancionó ¿pero qué valen las votaciones contra la justicia si no logran nunca perpetuarse y tienen que caer al fin envolviendo á los autores en su ruina?

Rawson triunfó, pues, cuando conforme á su prevision se encontraron un dia los pueblos bajo la gloriosa bandera de la patria.

La Provincia de Buenos Aires haciendo justicia á su vasta preparacion y á su acendrado patriotismo, lo nombró representante en el Senado local de 1861, donde ratificó su creciente fama de eminente orador y constitucionalista consumado.

Buenos Aires se habia incorporado á la union en 1860, pero el rechazo de sus Diputados al Congreso y los hechos atroces de San Juan empezaban á reabrir rápidamente el abismo que se habia cegado.

Rawson contribuyó eficazmente con su consejo y su palabra para dar al gobierno local los medios de arreglar las dificultades pendientes.

No bastaron los pacíficos: la guerra civil estalló y la batalla de Pavon que dejó derrocado al Gobierno de la Confederacion, planteó nuevamente el problema de la organizacion nacional, á cuyo servicio se consagró decididamente el general Mitre.

Como Gobernador de Buenos Aires pidió á la Legislatura autorizacion para convocar un Congreso Nacional y designar el punto de reunion.

La comision parlamentaria de que Rawson formaba parte, aconsejó la autorizacion, pero algunos Senadores anticipando la cuestion sobre capital, pidieron que el territorio de Buenos Aires se excluyera de la posible residencia del Congreso.

Aquí empieza la gran campaña parlamentaria del Dr. Rawson en favor de la reorganizacion nacional sobre la base de la coexistencia de los poderes nacional y provincial, residiendo provisoriamente en Buenos Aires, hasta que el tiempo y la evolucion de las cosas indicaran la solucion definitiva.

Con mucha habilidad hace precisar á los adversarios su posicion, sostiene la perfecta compatibilidad de ambos poderes apoyándose en el ejemplo de los Estados Unidos, niega á la Legislatura competencia para discutir en ese momento la federalizacion de Buenos Aires, la capital permanente ó las formas de Gobierno y haciendo resaltar lo contradictorio de los argumentos opositores, se declara partidario del sistema federal invocando el experimento norteamericano y los dolorosos sacrificios de San Juan encarnados en la sangre humeante aún del Dr. Aberastain.

Y refiriéndose á la propuesta de los adversarios, dijo: «La idea será siempre la misma sea cual fuere la forma que se le dé; rechazar á la nacion que viene en la plenitud de su magestad á sentarse momentáneamente en el suelo de Buenos Aires, que es suyo tambien porque es suelo argentino.»

El artículo discutido fué aprobado por dos tercios de votos.

Rawson habia terminado la primera jornada haciendo prevalecer la idea nacionalista contra las exageraciones localistas y pasó al Senado Nacional de 1862 donde habia de luchar contra los excesos del centralismo y en favor de la autonomía provincial conforme á la constitucion jurada que era su religion, su númen.

El encargado del Poder Ejecutivo Nacional prescindiendo de su legítima influencia y con una altura digna de las solemnes circunstancias, pidió al Congreso resolviera por su propia iniciativa la cuestion sobre capital.

Entonces empezó un verdadero torneo de talento, de patriotismo y de saber en las detenidas discusiones para encontrar la ansiada solucion.

Qué cuadro señores! Bajo la presidencia del inolvidable D. Márcos Paz, y ante la mirada de una barra de expectadores apasionados en el calor de las benéficas discusiones públicas, estaban allí sentados nuestros próceres. Carril con su reconocido talento y su experiencia de los negocios públicos, exclamaba que á un miembro del Congreso de 1826 y á un constituyente de 1853 no se le podia preguntar su opinion sobre capital; pero él como sus colegas de comision los Dres.

Alsina y Elizalde, habian sacrificado sus ideas personales para aconsejar un temperamento conciliatorio. Tambien estaba allí el distinguido Ministro Dr. Costa que á nombre del Gobierno declaraba que «preferia errar con el Congreso y equivocarse con la nacion antes que imponer una voluntad decidida en materias tan graves y trascendentales.» El proyecto combatido por Velez Sarsfield habia vuelto á la comision integrada con él y el Dr. Rawson, pero contra la opinion de éstos se aconsejó nuevamente la federalizacion provisoria de toda la Provincia de Buenos Aires.

Entonces se trabó la memorable controversía. Los expectadores eran todo oídos. El Ministerio repetidamente interrogado se pronuncia apoyando resueltamente á la comision. La discusion se complica y enciende cada vez mas con la incorporacion de los nuevos oradores y brillan las virtudes y el reposado juicio de Alsina, el profundo y vasto saber de Velez, la habilidad de Elizalde, la sensatez del Ministerio, la ilustracion y el patriotismo de todos, destacándose Rawson con dos notabilísimos discursos en contra de la federalizacion como inconstitucional é inconveniente y en favor de la coexistencia como la solucion mas armónica con las instituciones y las circunstancias del momento. Terminó pronunciando estas bellas palabras: «nosotros como hombres de Estado á quienes está encomendado el destino de los pueblos, debemos seguir siempre la política del gran Washington, que es la política de la probidad, de la justicia y de la verdad: que cada hombre, que cada pueblo sea fiel al cumplimiento de sus deberes y Dios estará con nosotros.»

El proyecto se sancionó, pero fué rechazado por la Legislatura Provincial y el Gobierno Nacional se vió obligado á aceptar la coexistencia en la ciudad de Buenos Aires con jurisdiccion local solo en cuanto á las funciones ejecutivas.

La idea sustancial de Rawson habia triunfado definitivamente en los hechos y en la ley, en contra de los recelos de los localistas de la Legislatura Provincial y de la idea centralista del P. E., el cual tuvo sin embargo la altura de llamarlo al Ministerio del Interior.

La nacionalidad estaba afirmada por las principales leyes orgánicas de la Constitucion jurada y empezaba la época de desarrollarla eficazmente en el terreno práctico de la administracion, donde por primera vez se iban á ensayar otras calidades sobresalientes de Rawson.

El no se creía apto para la política, pues nunca se juzgó capaz de sacrificar un ápice de la severidad de sus principios y de su

culto á la justicia y á la verdad en obsequio á las exigencias de la realidad no siempre perfecta. Vaciló mucho antes de aceptar y solo se decidió á ello cuando se invocó su patriotismo, haciéndole entender que su presencia en el Gobierno era necesaria en esos momentos.

Pero no fué allí con la mira de perpetuarse en la cartera ó de hacerla servir de base para elevarse mas. Era esencialmente desinteresado. Jamás se le encontró en el camino tortuoso de la frívola ambicion de puestos públicos por los honores ó ventajas personales á ellos anexos.

Era Senador y cumplia con sus deberes de tal, sin acordarse que podia ser Ministro; fué Ministro y no se le ocurrió la posibilidad siquiera de aspirar desde ese puesto á la presidencia de la República que hubiese merecido como ninguno.

Ese era el secreto de la fuerza de su virtud cívica, que le hacia desempeñar todos sus puestos mas como un juez preocupado de la justicia y la probidad, que como un político dispuesto á plegarse á las miserias de la vida práctica.

Comparad, señores, esa conducta con la de ambiciosos vulgares y epicúreos que ofrecen á vuestra vista el espectáculo mas odioso y repugnante, y medireis entonces cuánta es la altura en que debemos contemplar á Rawson y cuál la ternura y veneracion con que debemos mantener su recuerdo en nuestros corazones.

Jóven recien salido de las aulas con lecciones y ejemplos de verdad y justicia ¿adónde vas? A ensayar las genuflexiones de la mas baja adulacion, á prostituir la inteligencia y la ciencia volviéndolas contra sí mismas en favor de lo absurdo, á escribir y á declamar por un precio ruin, no para la verdad, ó el bien público, sino para la mentira y la corrupcion del egoismo mas sibarita y abyecto.

Mas le valiera á su mérito, mas á la patria que hubiera permanecido en las tinieblas de la ignorancia y solo con el brazo libre y vigoroso del labriego que riega el surco con el sudor de su frente para que brote la riqueza y el bienestar de la familia y la sociedad!

La situacion de la República en los momentos que Rawson subia al Ministerio no era sin duda propicia al desarrollo de sus dotes sobresalientes. La reciente guerra civil habia dejado pasiones é intereses contrariados, hondos resabios y gérmenes de desórden, que rugian en el fondo de una superficie aparentemente tranquila.

El estado interno de las provincias no era menos ocasionado á desórdenes por la intransigencia de los partidos.

Así Rawson tenia que atender á la paz interior de regiones convulsionadas al mismo tiempo que á vitales necesidades de la administracion.

Pero á todo ocurria con serenidad, justicia y espíritu progresista

Va una justísima intervencion á Catamarca que él exito corona; constitúyese La Rioja en verdadera rebelion, sus montoneras llevan las depredaciones á las provincias circunvecinas, y Salta, Tucuman, Santiago y Catamarca se ponian en movimiento para rechazarlas mientras un motin derrocaba las autoridades de Córdoba.

En otras partes gobiernos locales temerosos de la opinion pública que les era hostil, denunciaban conatos de sedicion pidiendo intervenciones ilegales que fueron justamente negadas.

El ministro lejos de complacerse en el ejercicio de la facultad nacional de intervenir, la usaba con toda mesura preocupado de no lastimar la autonomía de los Estados y reclamando del congreso con insistencia una ley reglamentaria de intervenciones cuyas bases trazó en admirables páginas de doctrina constitucional.

Apenas terminada la guerra de la montonera, tenian lugar en Córdoba los tristes sucesos del 2 de Marzo con la trágica muerte del Dr. Posse. Era tan delicada la situacion, que el gobierno nacional creyó deber nombrar como interventor al mismo ministro Rawson, pero no habia terminado aún su mision reparadora, cuando la invasion paraguaya motivó la suspension de ella y tuvo que trasladarse á la capital para atender á la guerra internacional que habia estallado.

Así, pues, el ministro Rawson tuvo por escena de aplicacion, por una parte á las provincias convulsionadas, y despues una guerra exterior que lo privaba del tiempo y los recursos necesarios para fomentar el progreso interno.

¿Creeis que por eso su accion fuese negativa en ese ramo?

Por el contrario, á todo lo atendia y mientras sentaba la verdadera doctrina constitucional en sus relaciones con cada una de las provincias y discutia luminosamente con Sarmiento el estado de sitio provincial, asistia á ilustrar las sesiones del congreso, y prévios los informes científicos necesarios, abria carreteras en todas direcciones, construia puentes, contrataba ferrocarriles, y preveía con estudios sus prolongaciones; reorganizaba los correos y postas, promovia la inmigracion espontánea, fundaba la colonia del Chubut, despues de sostenerla luminosamente en discusiones parlamentarias, requeria la mensura y venta de las tierras en pequeños lotes, la ley orgánica de los territorios nacionales y la creacion de una oficina técnica de puentes y caminos.

No hay, señores, camino nacional en ninguna de las provincias de la República que no fuera construido ó reparado ó rectificado y estudiado durante el ministerio de Rawson.

Y sin embargo, con cuánta modestia se presentaba ante el congreso diciendo que lo hecho era imperceptible en presencia de lo que habia que hacer.

Mi imaginacion lo contempla como un Hércules amarrado al

potro de finanzas míseras sin poder desarrollar sus inagotables fuerzas de estadista.

De ahí la fiebre de estudiar caminos, puentes y ferrocarriles en todas direcciones y el vasto programa de comunicaciones que presentó al congreso para todas las provincias, al mismo tiempo que volvia los ojos al futuro anticipado por el crédito bien entendido y hacia sancionar la emision de fondos públicos para la viabilidad.

Y luego el despacho diario: ¿quién pudo quejarse de una injusticia ó siquiera de una demora inmotivada por parte de ese ministro que era el prototipo de la honradez y del labor en el gobierno?

Tales tareas no le impedian sin embargo la asistencia al congreso, donde daba los informes requeridos é ilustraba la discusion de las materias mas importantes.

Las leyes de ciudadanía, elecciones, estado de sitio é intervencion tienen en sus discursos un notable comentario. La reforma constitucional en cuanto á los derechos de exportacion, que levantó una temible oposicion, encontró en él su principal campeon.

El fomento al progreso económico por las leyes de consolidacion de la deuda flotante, de construccion de ferrocarriles, de subvenciones á empresas de navegacion ó de telégrafos y á la introduccion de semillas y plantas nuevas, no solo le preocupaban en su despacho, sino en las discusiones del congreso.

Sus discursos sobre intervenciones son admirables exposiciones de la mas sana doctrina.

Sus trabajos en favor del Ferrocarril Central fueron tan entusiastas, inteligentes y previsores como verdaderamente eficaces; pues á su tenacidad en llevar adelante la obra allanando á su respetable empresa todos los inconvenientes con que tropezaba, defendiéndola en el parlamento y colmándola de justas consideraciones, se debe la realizacion de aquella línea histórica que ha sido y es la arteria principal de nuestro comercio interior.

Sin embargo, puede decirse que su descanso era su labor en el congreso.

Allí estaba su recinto querido al que alguna vez volvió melancólicamente su recuerdo; allí estaba el teatro de los triunfos de su patriotismo y su elocuencia.

Porque Rawson era sobre todo el primero de nuestros oradores parlamentarios.

Ninguno como él poseía la claridad y el método de la exposicion, el reposo y la agilidad; el eximio saber de constitucionalista y estadista y las condiciones estéticas de una admirable proporcion en todas las partes de sus oraciones magistrales.

Y él no buscaba nunca el efecto literario sino el convencimiento, mas no por eso le faltaba nunca el primero, aunque no siempre obtuviera mayoría de votos favorables.

Ningun previo cuidado preocupaba á la emision de su facilísima palabra, y sin embargo salia siempre tan apropiada y transparente, que sus oyentes no la apercibian y parece que asistian directamente á la evolucion de su pensamiento vigoroso y de su exposicion de una contextura y lógica de acero.

A Rawson no se le oía hablar: se le oía pensar.

¿Qué mayor belleza que esa difícil naturalidad que caracteriza á las obras superiores y hace la desesperacion de las mediocridades?

Pero él tenia tambien su alma oratoria, su musa inspiradora que animaba su palabra: no era sin duda la imaginacion, porque ni fabricaba frases *ad-hoc,* ni usaba de metáforas ó movimientos enfáticos, como lo hacian algunos oradores efectistas en tiempos que este procedimiento no habia pasado de moda.

No: la inspiracion de Rawson venia de su alma rica en virtudes y sentimientos cívicos, de su intachable probidad, de su culto á los principios, de su amor y su fé por la nacionalidad y la constitucion y de sus ideales de estadista que ansiaba desde lo mas íntimo del corazon elevar á la patria por la justicia y la verdad de un gobierno sábio y honrado, á las cumbres de la libertad, de la civilizacion y de la gloria.

Esa era su alma mater que como el espíritu intangible de su palabra sincera presidia esos movimientos oratorios que animaban su fisonomía habitualmente plácida y arrancaba espontáneos aplausos á sus mismos adversarios.

¿Y la belleza clásica de sus exordios y narraciones?

Mas para qué, señores, pretender agotar la inagotable mina de su elocuencia!

Nadie dudó jamás de su sinceridad, su honorabilidad y su patriotismo, y con esto solo tenia asegurada la atencion respetuosa de su auditorio.

A veces los celos envidiosos de la mediocridad llegaron por su oposicion calculada á alterar la calma de Rawson que confiado en la justicia de su causa y en su sinceridad, no descendia á preparar el éxito por intrigas de antesalas, ni amaba tampoco las guerrillas parlamentarias.

Acostumbró pues limitarse á exponer y replicar una sola vez renunciando á la tarea de convencer á los que no eran susceptibles de convencimiento.

Esta conducta como veis, no era la consecuencia de un defecto, sino mas bien de calidades sobresalientes que le hacian superior á su escena y desdeñoso de bajar á la arena en que se revolcaban pasiones é intereses pequeños.

¿Creeríais que un ciudadano tan recto y bondadoso no sintió el aguijon emponzoñado de la ingratitud, de la envidia, de la injuria y la calumnia?

Os equivocaríais. No hay hombre público superior que no haya pagado su tributo á esas implacables Parcas.

En Rawson que fuera del parlamento no era propiamente hombre de lucha avezado á dar y recibir golpes, la injusticia causaba la mas honda pena.

Alguna vez en la intimidad comunicó sus quejas por las inmotivadas agresiones de una prensa sin altura y se consideró por ello sin aptitudes para nuestra política ni para funciones militantes, que se proponia no aceptar en otra ocasion.

Sin embargo, á pesar de ataques que aunque injustos, en realidad no se dirigian contra su honorabilidad, gozaba en los revueltos tiempos de su Ministerio de una aureola envidiable de saber, de probidad y de patriotismo que se difundia en el corazon de sus conciudadanos.

Muchos anhelaban la ocasion de elevarlo á la primera magistratura; pero él jamás hubiera aceptado una candidatura apoyada en la mas lejana influencia oficial.

Así fué que cuando por el fallecimiento del Vice-Presidente D. Márcos Paz, el general Mitre le pidió nuevamente se hiciera cargo del Ministerio, él se rehusó porque no consideraba conforme á la rigidez de sus principios ser colega de un Ministro candidato á la presidencia.

Ya veis, señores, que la referencia de los actos de Rawson es su mejor elogio.

Descendió, pues, del Ministerio al seno de la vida privada á donde podia libremente dar expansion á su bondad genial en el ejercicio inteligente y abnegado de su nobilísima profesion.

Pero una figura tan grande no podia quedar desapercibida por los partidos en lucha, á pesar de la sencillez y modestia de su vida.

Un caudillo poderoso por su merecido prestigio, un político práctico y enérgico que actuaba sobre las cosas y los hombres en su terreno mismo, pensó que la candidatura de Rawson á la presidencia podia ser una solucion á la intrincada lucha electoral de ese tiempo.

Celebró con él una conferencia y enumerándole las situaciones oficiales con que seguramente podria contarse además de los prestigios de su nombre, le pidió que las aceptara como base de su candidatura.

Rawson agradeció profundamente la intencion de aquel honor que recibia de un adversario político, pero lamentó que las cuestiones electorales estuvieran planteadas en ese terreno tan contrario á sus aspiraciones y principios: yo aceptaria la presidencia, dijo, si me la ofreciera el voto expontáneo y libre de mis conciudadanos, pero preferiria caerme muerto, antes que recibirla de influencias oficiales.

Quedó pues abajo con sus principios, pero muy arriba para el

ejemplo, la veneracion y gratitud de la posteridad que no se paga del aparato deslumbrante y artificial de los altos puestos, sino que aquilata el verdadero mérito cuando filtrado por el sepulcro, resurge nítido y radiante de explendor y de gloria.

La Convencion provincial de 1870 dió cita á todas las notabilidades del país y el pueblo no pudo olvidar á Rawson señalándole una banca en tan distinguida asamblea, para la que resultó doblemente electo por la ciudad y la campaña.

Allí ilustró los debates memorables con la sana doctrina constitucional, defendiendo las prerrogativas de la Nacion y los derechos de los Estados, cuya línea de contacto y separacion trazó con matemática precision; propuso que la constitucion se sometiera directamente al pueblo mismo, proyectó é hizo sancionar declaraciones transcendentales de derecho político, reconociendo los derechos del pueblo, estableciendo el registro civil y ampliando las garantías á la libertad de imprenta.

Tambien como verdadero hombre de Estado defendió el espíritu religioso dentro de la libertad de cultos, trazando el cuadro magistral de la abnegacion del sacerdote argentino en medio de las escenas del dolor y la muerte, de la tremenda epidemia de 1871, en que él era testigo y actor distinguido como médico.

Al mismo tiempo que desempeñaba con brillo sus funciones de convencional proseguia activamente sus tareas de estadista en el Congreso Nacional, á cuya Cámara de Diputados lo habia llevado el voto de Buenos Aires, que como centro culto ha tenido siempre marcada predileccion por el talento argentino.

Aún recuerdo los ecos de aquel memorable discurso fundando el proyecto que con sus colegas Costa y Cáceres presentó para el estudio y construccion del ferrocarril de Córdoba á Jujuy. Desde sus primeras palabras saludando la reciente llegada del Central á Córdoba, se conquista la respetuosa y simpática atencion de la cámara y de todos los oyentes.

Un silencio profundo lo acompañaba en sus demostraciones sobre el sistema del proyecto y mas cuando pedia se llevara pronto el ferrocarril á los confines de la República, para «hacer sentir á las mas remotas regiones las bendiciones de la union nacional y despertar á nuestros hermanos que duermen rodeados de soledad y miseria.»

Desarrolla en seguida el cuadro de los inmensos efectos económicos del ferrocarril y lo corona anunciando y percibiendo como en una vision luminosa el porvenir de la patria impulsada por los

agentes del progreso como una «nacion grande á la faz de las naciones, sobre la base de nuestras antiguas é inmarcesibles glorias.»

El proyecto despues de luchar con obstáculos que no desmayaron á sus autores fué definitivamente sancionado y hoy es un hecho aquella línea férrea con todas las fecundas consecuencias, que anunció su decidido campeon.

Esto solo hubiera bastado para justificar su eleccion, pero Rawson tomaba parte activa en todas las cuestiones.

La intervencion á Entre Rios, el deslinde de las facultades del P. E. y el legislativo, las prerrogativas de la cámara, la creacion del Departamento de Agricultura que él inició, la desaprobacion de los decretos inconstitucionales y la defensa de la inmigracion expontánea contra medidas artificiales, fueron materia de sus nutridos discursos.

Conservó siempre vivo su horror á la imposicion oficial y combatiendo por ello la eleccion de un Diputado por San Juan que era su amigo personal, dijo sin ambages: «Yo preferiria, señor Presidente, que el Congreso no existiera, si él hubiera de ser compuesto de plenipotenciarios de los Gobernadores de Provincia.»

Informa y defiende detenidamente el proyecto de ley de contabilidad que se sancionó; proyecta los límites provinciales, la sancion de puentes, de muelles y almacenes y la exploracion científica de los minerales de hierro; defiende la ley de reclutamiento, la naturalizacion de los extranjeros á quienes se dé tierras y el proyecto sobre creacion del Departamento de Ingenieros, y discute las leyes de capital definitiva, de administracion de Aduana y crédito público.

Son dignas de notarse sus ideas sobre la creacion del Banco Nacional, por el cual votó proponiendo modificaciones que disminuyeran la ingerencia del Gobierno, para evitar el peligro de los Bancos de Estado que se convierten en instrumentos de corrupcion y curso forzoso.

Con motivo de un proyecto sobre una red de ferrocarriles se opone á que se discuta su construccion sin estudios previos y sin licitacion, y combate el sistema de las garantias como si previera las fatales consecuencias á que habia de conducirnos despues.

Por ese tiempo tambien, desplegó activos y eficaces esfuerzos para evitar graves conflictos externos.

Tarea imposible seria, señores, enumerar todos los trabajos parlamentarios del Dr. Rawson, en esa época que fué la de su mayor actividad legislativa.

Religioso en el cumplimiento de sus deberes, era un Diputado asíduo en su desempeño, y cuando su palabra no era requerida en la discusion, no faltaba nunca por lo menos su consejo privado siempre pedido por sus colegas.

Terminado el período de su diputacion, la Provincia de San Juan lo nombró su representante en el Senado Nacional.

Era en 1874 cuando los abusos del partido gobernante por una parte y las impaciencias culpables de la oposicion por otra, con motivo de la eleccion presidencial, habian caldeado la atmósfera política hasta el grado de que estallara la revolucion de Setiembre.

En una época semejante estaba todo absorbido por la política apasionada y Rawson como estadista independiente no tuvo campo propicio para ejercitar sus ideas de progreso y de serena aplicacion y desarrollo de la Constitucion.

Tuvo, pues, que pedir licencia para retirarse con el alma entristecida por el espectáculo de la guerra civil, él que se habia conmovido de gozo mientras la lucha cívica se desarrolló en el terreno pacífico de la ley, creyendo que se inauguraban definitivamente los tiempos del juego regular de las instituciones y los partidos, que desgraciadamente no hemos alcanzado aún.

Vencida la revolucion en los campos de batalla, renacia con mas fuerza en la opinion y el espíritu extraviado de los opositores que pública y apasionadamente desconocian la legalidad del nuevo Presidente.

Al mismo tiempo y para irritar mas la enfermedad política asomaba la cabeza una tremenda crísis económica.

En tales circunstancias y como para apaciguar los espíritus enconados aparece un proyecto de ley de amnistía que sancionado en la Cámara de Diputados, dió lugar en el Senado á la lucha parlamentaria de dos titanes: Sarmiento y Rawson, senadores por San Juan.

Sarmiento carecia de la disciplina que dan los estudios académicos é incurria en el desórden de las ideas y de la exposicion; mientras que Rawson brillaba por el método, la organizacion y la claridad de sus discursos.

El primero con mayor espontaneidad de genio y educacion, relampagueaba con la audacia y la originalidad de su pensamiento no siempre exacto; en tanto que el segundo respetuoso de la ciencia como única depositaria de la verdad, no osaba suplirla con su iniciativa personal y marchaba siempre á su luz plácida con paso mas seguro. En Sarmiento la imaginacion mas brillante y viva era la decoracion de sus ideas, que en Rawson recibian sus colores suaves de un corazon mas delicado.

Los acontecimientos políticos de todo género, la prensa, la palabra, el club, el parlamento, la revolucion y el gobierno habian arrastrado siempre á Sarmiento que no temia salpicarse en su lodo y gozaba por el contrario «amasando el barro de los sucesos»; mientras que su colega doctrinario, principista y concienzudo, temia manchar las blanquísimas alas de su virtud y solo encontraba aire apropiado para batirlas en la atmósfera culta de los parlamentos ó en las serenas regiones de un gobierno

moderado, escrupuloso en el respeto de la constitucion, que era su pauta. Ambos fueron grandes por su inteligencia, su patriotismo y sus servicios, pero Sarmiento con mas voluntad y accion nos ha dejado mas hechos; Rawson con mejor cultura moral nos ha legado mas ejemplos.

¿Dónde están sus reemplazantes en el escenario de la vida argentina?

El contraste de sus opuestas condiciones se reflejó en el memorable debate de 1875.

El Senador Sarmiento que acababa de sofocar una revolucion, lanzaba sus imprecaciones contra el desórden y no queria que una amplia amnistía la dejara impune y cubriera hasta los delitos comunes.

Vamos mal repetia con referencia al sendero extraviado de los partidos y dejaba sospechar que tal vez la raza no nos favorecia para el ejercicio de nuestras instituciones.

Queria la represion de la revolucion como un delito y que se fortificara al P. E. para que sirviera mejor á la paz, al órden y á la libertad.

Así se preocupaba mas de que se diera una ley de indemnidad que proyectó para cubrir las irregularidades de los agentes del P. E. en la guerra civil.

Rawson por el contrario protestó contra esa indemnidad que de un modo inusitado podia cubrir delitos comunes sustrayéndolos arbitrariamente á la accion de la justicia ordinaria.

Condenó la revolucion armada, mientras habia libertad de reunion y de publicidad para realizarla pacíficamente; pero caracterizó y condenó tambien los abusos del oficialismo que la habian provocado, diciendo á este respecto: *Vamos peor.*

La culpa recaía entonces sobre los unos y los otros y era por eso lógica y preferible una amnistía ámplia y completa de los delitos políticos para pacificar los espíritus y empezar una vida mas regular.

Porque él no creía en la ineptitud de nuestra raza para el gobierno republicano mientras no se hiciera un experimento que faltaba: «el experimento de un gobierno *honrado* que respete la constitucion hasta en sus menores detalles.»

Yo tuve la fortuna de oirle ese discurso magistral y aún suena en mi recuerdo conmoviendo mi alma, aquel acento de profundo patriotismo con que pronunciaba la solemne frase de *gobierno honrado* que él acariciaba como un ideal para su patria y que ninguno hubiera sido mas capaz de realizar en una época regular.

Pero era un político demasiado alto para su tiempo, y prefirió su retiro de las encumbradas posiciones, á concesiones poco escrupulosas de la rijidez de sus principios.

En buena hora que los sectarios del Dios Exito traten de justificar sus claudicaciones á título de política práctica.

¿Pero qué ideales de virtud vívica quedarian á los pueblos, si no aparecieran aunque raros en su horizonte, los astros que brillan con la luz refulgente de la mas nítida probidad fundida con el talento superior?

El talento, señores, es un don del cielo que por sí solo no puede constituir un mérito si no se aplica al bien.

Es un instrumento poderosísimo que ha de manejar el que lo posee bajo la mas seria responsabilidad.

Si lo prostituye sacrificando los fueros de la verdad á los goces materiales de la pasion ó del interés sórdido, si lo alquila por un precio cualquiera para defender la injusticia ó sacrificar la libertad y la riqueza pública, mas le valiera convertirse en la estupidez inofensiva pero honrada.

Abominemos pues, con todo el ódio al vicio, á esos falsos sacerdotes del bien público que lo sacrifican á su refinado egoismo.

Pero levantemos estátuas y colmemos con todos los honores de la veneracion y de la gloria á los talentos eminentes como el de Rawson que jamás se apartaron de las sendas de la probidad, é hicieron de su saber poderosísima palanca para el bienestar y la dignidad de la patria.

Cuando las mareas de la política separaban de sus corrientes al Dr. Rawson, él que no era escritor, se refugiaba en la cátedra, en los congresos científicos ó en el ejercicio de la nobilísima medicina.

Cuando no podia calmar los dolores morales de la patria, calmaba los sufrimientos físicos de sus semejantes, y para ello no averiguaba antes el estado de su fortuna.

Para sus consejos profesionales siempre acertados no se revestia de las formas afectadas del charlatanismo ó la ignorancia, sino que los prodigaba con su sencilla bondad habitual, y su cultura genial establecia una corriente simpática con el enfermo al que consolaba como á un amigo.

Verdadero sacerdote de su profesion la ejercia hasta el sacrificio como durante la fiebre amarilla de 1871.

Jamás convirtió su ejercicio en un oficio de lucro; no explotó nunca al rico ni cobró al pobre.

Así se explica que á pesar de su renombre, haya vivido y muerto en la pobreza.

Esto no constituye por sí mismo un mérito; pero es una demostracion visible de su honradez y abnegacion.

Porque pareciéndole siempre corto su tiempo para el bien de sus conciudadanos, nunca se preocupó de usarlo para hacer fortuna.

Sus hábitos modestos no le imponian necesidades artificiales y así contento de partir el pan con los suyos en una vida humilde, consideraba supérfluo lo demás, y cuando se le ofreció espontáneamente su jubilacion, destinó una gran parte de ella para instituir un premio que estimulara los adelantos de la higiene.

¿Y qué diré de su cátedra?

Habeis oído de labios mas competentes el saber y el brillo con que la desempeñaba, granjeándose la estimacion de sus colegas y la admiracion y el afecto íntimo de sus discípulos.

Por una vocacion trascendente de su espíritu se dedicó á la higiene que se ha llamado acertadamente la medicina del porvenir, y no solo la conocia profundamente, sino que nadie sabia exponerla mejor por sus dotes sobresalientes de orador metódico y ameno.

Ella le sirvió tambien en mas de una ocasion para aplicarla eficazmente al estudio y solucion de nuestros problemas de salubridad pública.

Con estos trabajos termina su mision y conquista bien su derecho al descanso eterno sobre los laureles de la gloria.

Allá, del otro lado de los mares, á donde habia ido Rawson sediento de mayor saber y mejor salud para seguir sirviendo á su país, cayó vencido en la lucha dando á la tierra sus despojos, únicos que ha podido destruir la muerte, porque su espíritu inmortal forma parte integrante de nuestra vida nacional, con cuyas palpitaciones vivirán siempre sus sábias lecciones y su ejemplar conducta.

Yo bien sabia, señores, que era tarea imposible encerrar dentro de los límites de un discurso el cuadro de la vida de una personalidad tan fecunda y cuya accion serena no disminuyó su extension.

Ya lo veis: apenas he podido insinuaros algunos de sus grandes triunfos parlamentarios y de sus memorables hechos de estadista.

Pero no importa: vuestros recuerdos habrán llenado el imperfecto cuadro y vuestros corazones habrán debido conmoverse cubriendo con el fúnebre cariño la memoria del héroe.

Estais aquí, señoras y señores, haciendo acto de patriotismo y honrándoos á vosotros mismos al honrar á uno de nuestros grandes hombres.

Tambien honrais á nuestro pueblo.

¿Qué seria de él si en medio del materialismo que lo ahoga, no hubiera siquiera algun soplo de los aires purísimos del sentimentalismo noble y elevado?

¿Qué seria de él, si tan solo se reuniera en la Bolsa ó en las asambleas de las sociedades anónimas, á disputar la presa de la codicia, ó en otras partes á ostentar el falso brillo del insolente lujo mal adquirido?

Desdichados los pueblos que mirando siempre á la tierra y prosternándose ante la riqueza y los apetitos sensuales, no recuerdan á sus grandes hombres con gratitud piadosa, porque serán uncidos al carro de los déspotas y arrastrados en el fango de la corrupcion y la vileza.

Pero rindamos gracias á la Providencia que de vez en cuando nos depara á estos inspirados conductores de pueblos que los levantan por el ejemplo y por la accion.

Nunca podremos lamentar suficientemente el no haber conservado siempre en los consejos del Gobierno á aquel estadista tan sábio como bien inspirado. Nunca lloraremos bastante la pérdida de ese carácter que conducia su actividad siempre conforme á las prescripciones de la moral, enfrenando las pasiones, despreciando los placeres y los intereses del vicio, domando las contrariedades á la virtud; desafiando á los déspotas, sin adular á los pueblos, marchando siempre con la luz de su talento y su saber en las sendas de la justicia y la verdad para iluminar á los pueblos en la vision de sus grandes y nobles destinos por la obediencia á la ley y el amor consciente á la civilizacion y á la libertad.

Ah! la tribuna parlamentaria desierta de su voz elocuentísima no resonará mas con aquellos acentos de profunda sinceridad, que magnetizaban por la exposicion de la sana doctrina constitucional, por la condenacion de sus violaciones, y las mas íntimas aspiraciones de progreso social; mientras centellaban sus ojos, hoy apagados por la muerte, y su fisonomía se encendia de entusiasmo ante la imágen de la patria iluminada y engrandecida por los resplandores del porvenir.

Pueblos, medid por su talla la de los que soliciten vuestros sufragios; jóvenes, aprended en su ejemplo la virtud cívica, y levantadlo en vuestro horizonte como modelo; avaros, aprended en su desinterés y su pobreza; soberbios, en su modestia; pedantes en su saber; egoistas, en su patriotismo.

Y vosotras, madres y hermanas de ciudadanos, encargadas de formar su corazon para la familia y la patria, contad á vuestros tiernos hijos los memorables hechos de su vida pública, presentadles los ejemplos de sus eximias virtudes y cuando los conduzcais á depositar la ofrenda de su veneracion en el sepulcro de vuestros progenitores, no dejeis de poner en sus delicados brazos las coronas debidas á los padres de la patria.

En recompensa del aroma de vuestras flores, recojereis los

dones del ejemplo y el recuerdo fecundo que como voz guiadora saldrá de la tumba veneranda.

Y así nutriendo el espíritu público con el sagrado pan de los hechos gloriosos y de los ideales sublimes, conquistaremos el bienestar y la nobleza de nuestros mas remotos descendientes y guiados por nuestros héroes, podremos presentarnos ante el Infinito como los grandes ciudadanos de la nacion mas grande de la tierra.

Terminado el anterior discurso, se labró y firmó la siguiente acta:

En Buenos Aires, á 12 de Mayo de mil ochocientos noventa, siendo las nueve p. m., reunidos en el proscenio del Teatro Onrubia, los que suscriben, por invitacion del Círculo Médico Argentino, ante una asamblea numerosa y escojida, con el propósito de honrar dignamente la memoria del eminente *Doctor Guillermo Rawson*, bajo la presidencia del Doctor Marcial V. Quiroga, Vice Presidente de la Asociacion, y actuando como secretarios los Doctores José G. Rivas y Francisco C. Barraza, se declaró abierto el acto.—El Presidente invitó á la asamblea á ponerse de pié para saludar el nombre del Doctor Guillermo Rawson, y en seguida en un breve discurso explicó el motivo por el cual le correspondia el honor de presidir tan distinguida reunion, y pronunció algunas palabras recordando las virtudes de ese ilustre patricio. Acto continuo cedió la palabra al Doctor Samuel Gache, quien pronunció un sentido y hermoso discurso en nombre del Círculo Médico Argentino, haciendo resaltar los méritos del Dr. Rawson como hombre de ciencia y estadista. El Presidente invitó al público á pasar á cuarto intermedio. Reabierto el acto, el Presidente dió la palabra al Doctor Wenceslao Escalante, quien hizo la oracion fúnebre leyendo una notable pieza oratoria en la que puso de relieve la alta personalidad y servicios prestados á la patria por el Doctor Rawson, y exhortó á los argentinos á inspirarse en su ejemplo. Terminado el discurso del Doctor Escalante, se levantó la sesion y se labró la presente acta, siendo las doce p. m.

Marcial V. Quiroga, José G. Rivas, F. C. Barraza, A. E. Amoretti, Luis Cavilloti, Manuel Dellepiane, Felipe A. Justo, José M. Escalier, Nicolás D. Repetto, Juan B. Justo, N. Gardeazabal, Ezequiel Dudignac, Ernesto Lozano, Facundo T. Larrosa, Eleodoro Gallastegui, José M. Cuenca, Benjamin Zorrilla, Nicanor Molinas, Tomás Canevaro, Manuel Arauz, Ramon Lira, Pedro Mallo. J. T. Baca, J. B. Señorans, Silverio Dominguez, Dámaso Centeno, Bartolomé Novaro, Gregorio Hunt, Enrique E. del Arca, Juan A. Golfarini, José M. Cabezon, Emilio Gouchon, Angel J. Villa, Alejandro Castro, F. Perez, Jacobo

Z. Berra, Mauro E. Zeballos, Ignacio Allende, F. Amoretti, D. Mabit, Alfonso Pizzariello, Julio Pistone, Ireneo Escobar, Victor Cremona, José Z. Caminos, F. Cabrera, M. V. Zamudio, H. G. del Solá, Luis C. Romero, Faustino Bonazola, Juan F. Duran, Adolfo Mugica, F. Carvajal, Adolfo Hudson, F. V. Salaverry, Alberto Duran, Guillermo Hudson, Luis Agote, M. O'Farrell, Enrique Marengo, Julio Zunino, F. Echeverria, Lucio Durañona, D. de la Sota, Pedro M. Gache, Francisco Otaño, Domingo Sasso, B. J. Solari, N. Ramallo.

CLÍNICA DEL Dr. PIROVANO

Laparotomia por estrangulamiento interno

POR

Diógenes Decoud

Interno de la Clinica Quirúrgica

A medida que adelantan los progresos de la cirujía, mas frecuentes se hacen las indicaciones de la laparotomía, y entre éstas, aquella que obliga á una operacion de urgencia, muchas veces segura y casi siempre necesaria, es la determinada por obstrucciones intestinales. Un cirujano eminente ha citado con este motivo el consejo de Stromeyer á sus discípulos: «Si encontrais, decia, un estrangulamiento durante el dia, hay que salvarlo antes de la puesta del sol; si es durante la noche, antes de que salga el sol.»

En la Clínica del Hospital, durante este año, solo tres casos se han presentado, y sea por el taxis ó por la kelotomia, el éxito ha quedado asegurado.

El último de estos casos es particularmente interesante por las condiciones en que se presentó, los antecedentes que sucedieron y la intervencion á que dió lugar.

Un individuo, vendedor de frutas, de 35 años, italiano, de regular constitucion, sufria desde hace dos años de una hernia inguinal del lado derecho. Era fácilmente reductible, y conseguia sujetarla con un braguero que acostumbraba llevar siempre mas ó menos mal colocado. Por lo demás él poco se incomodaba de lo que llamaba una *piccola malatia*. El 12 de

este mes, despues de un dia de trabajo extraordinario, llegó á su casa, se quitó el braguero y durmió tranquilamente,—y cuando á la mañana siguiente trató de colocárselo de nuevo, observó que la hernia no cedía.

Como empezaba á sentir cierta incomodidad, acudió á un médico italiano, que durante largo rato le hizo en vano una larga tentativa de taxis. Veinticuatro horas despues, otro médico repetia durante largo rato, y con mucho dolor para el enfermo, una tentativa análoga, inútilmente. Entonces le propusieron la kelotomia, pero él no disponia de la suma que le habian pedido con anticipacion y se decidió á venir al Hospital.

Ocurria á las 54 horas del momento en que habia notado la irreductibilidad. El el intervalo habia tenido vómitos, dolor abdominal, mucho malestar. El abdómen estaba lijeramente meteorizado, tenia el pulso débil, 90 pulsaciones por minuto. La hernia descendia hasta la mitad del escroto. Desde cuatro dias atrás no habia tenido deposiciones ni vientos.

Inmediatamente de recibirlo me dispuse á repetir el taxis, y colocado en la posicion debida para el relajamiento de los músculos abdominales, empecé la maniobra suavemente. Al primer esfuerzo sentí en el anillo un lijero roce que juzgué de buen augurio, y continuando la compresion, la hernia fué cediendo hasta penetrar de golpe en el abdómen, con el *glu-glou* característico de la reduccion. Todo se habia efectuado en solo tres minutos, con dolor muy soportable.

Pasada la buena impresion que el enfermo esperimentó por este resultado tan rápido, el malestar reapareció y por la noche recomenzaron los vómitos.

A la mañana siguiente el estado general habia empeorado notablemente. Hé aquí lo que presentaba el paciente: dolor abdominal, que muy poco aumentaba á la presion, con excepcion de la region hipogástrica en que era mas acentuado;—á la percusion poco timpanismo;—vómitos fecaloides frecuentes; temperatura 36.8;—facies hipocrática, pulso muy débil y muy rápido.

No se me ocurrió que se tratara de un estrangulamiento por reduccion de la hermia en masa con el saco, tan fácilmente se habia efectuado la maniobra; y por la ausencia de fiebre, que me obligaba á eliminar las peritonitis, pensé que por alguna causa me encontraba en presencia de un caso de oclusion intestinal.

Dí cuenta al Dr. Pirovano de lo que ocurria; vió al en

fermo, y sin vacilar declaró la necesidad de una laporatomía inmediata. Se hicieron los preparativos rápidamente y prévios los cuidados antisépticos se empezó la operacion.

La herida cutánea hecha en la línea media, sobre el pubis no dió sangre, tan vacilante era la circulacion en aquel instante. Luego, al abrir el peritoneo, desbordó una pequeña cantidad de serosidad sanguinolenta, y en el fondo pudo verse una porcion de intestino, apelotonado, de coloracion rojo oscuro. Allí estaba el mal. Fué tomado con cuidado y se notó con asombro que un anillo fibroso bastante resistente, ancho de cinco milímetros, sujetaba estrechamente un asa del intestino. Fué cortado con cuidado: el intestino estaba sano. Se hizo un lavaje con agua esterilizada y recien al cerrarse la incision con suturas metálicas, reapareció la circulacion. En la herida, que al principio no habia dado sangre, se produjo una lijera hemorragia.

A medio dia el enfermo tuvo dos abundantes deposiciones, y su estado general volvió á ser tan bueno que ignoraba el enfermo el peligro porque habia pasado, y aún la operacion recien hecha, que preguntó cándidamente si esa misma tarde podria retirarse á su casa.

Posteriormente no ocurrió ninguna novedad; con temperatura normal, pulso lleno, sin dolor, sin accidente de ningun género, la herida curó en pocos dias.

El Dr. Pirovano, en una de sus conferencias trisemanales, expuso con motivo de este caso sus ideas sobre la laparotomía de urgencia, y se extendió en algunas consideraciones sobre la operacion precedente.

Fué digna de consideracion, sobre todo, la presencia de ese anillo que habia sujetado el intestino, desprendido del saco por maniobras violentas, fuera del Hospital. « Serán pocos, dijo, los cirujanos que puedan vanagloriarse de haber visto un caso semejante, tan rara vez se presenta en la Clínica.» Franz Koenig, en efecto, en su reciente obra, no cita sinó dos hechos análogos, no observados por él, sinó como mencion de otros autores.

En cuanto á la laparotomía, se manifestó decidido partidario. Lo que mas le habia decidido á la operacion anterior, segun dijo, fué el aspecto aplanado del abdómen, síntoma suficiente para eliminar la perforacion intestinal y la peritonitis, casos en los cuales el abultamiento abdominal y el timpanismo harian variar el pronóstico. Pero aún con la

perforacion que se observa despues de un táxis estemporáneo en el sitio que ha sido comprimido por el anillo, cree que debe acometerse la operacion, y hacerse la reseccion del intestino, en forma de cuña, suturando despues por el método de Lembert. No cree que ahora, disponiendo de los procedimientos operatorios nuevos y de la antisepsia, haya necesidad de recurrir al anus artificial en casos análogos, para realizar despues la sutura intestinal, puesto que esto puede hacerse al tiempo de la laparotomía.

Por lo que se refiere á la incision en la línea media, prévia evacuacion de la vejiga, la considera preferible á la incision sobre el ligamento de Falopio, como algunos cirujanos todavia la practican, y apoya su parecer en el hecho de que la dilatacion del intestino por los gases hace más fácil el encuentro del obstáculo por la parte mediana que por la lateral donde las paredes están mas elevadas y las vísceras más profundas, disponiéndose además de mayor espacio y comodidad.

El Dr. Pirovano cree que en estos casos debe siempre procederse sin pérdida de tiempo, para evitar una muerte segura sin la intervencion quirúrgica, y esto á pesar de los fracasos que pudieran ocurrir. Los resultados de su práctica así lo autorizan á pensar y no difiere por cierto con la opinion de los grandes maestros.

Tanta es la conviccion al respecto, como esta opinion, muy digna de citarse, que emite el profesor Albert, de Viena, al tratar sobre la Kelotomia en su notable obra del *Diagnóstico:*

«Si oyese hablar del valor de un cirujano, dice, si me asegurasen que tiene éxito porque es audaz, desearia verlo y saber cómo se conduce en el caso en que se observen fenómenos análogos á los del estrangulamiento interno, al mismo tiempo que una ó muchas hernias irreductibles. Tendria el valor de decirme:—No hay hernia estrangulada y no hago la herniotomía.» Para ejecutar y emprender esta operacion, ya no hay hoy necesidad de valor; pero para eludirla, cuando es sabido que salva la vida, se necesita un valor de conviccion que no podria obtenerse sino por una larga esperiencia y por medio de combinaciones las mas exactas. Luego, como conclusion práctica, yo propongo: aún en los casos dudosos, operad.»

Mayo 20 de 1890.

CIRUJIA CEREBRAL

EPILEPSIA—TREPANACION

Por el Dr. Luis C. Maglioni

Cirujano del Hospicio de las Mercedes

La cirujía cerebral está á la órden del dia.

La deficiencia de la medicina para combatir ciertas hemorragias, tumores ó abcesos ha llevado á los cirujanos á salvar la barrera ósea del cráneo, á ver y á tocar las meninges y el encéfalo, á estirpar lo estirpable y á remediar lo remediable.

Es altamente honroso para la cirujía poder decir que ella ha venido á prestar, como en otras afecciones de los distintos aparatos, un auxilio muchas veces eficaz para la curacion de enfermedades que anteriormente evolucionaban victoriosas ante la medicacion de los síntomas y aún de las causas, ante la inaccion y ante la impotencia.

Hoy se habla de la estirpacion y curacion de tumores intra-craneanos á la par de la estirpacion y curacion de los tumores intra-abdominales, etc. Lo mismo se introducen los dedos, el bisturí y las tijeras en la sustancia cerebral que en la sustancia hepática, que en la cavidad de la pleura, que en la cavidad vesical, uterina, etc.

Hoy se habla de intervencion quirúrgica y de curacion en casos gravísimos de hemorragias meníngeas, de hemorragias intra-cerebrales, de afasias, de epilepsias, de hemiplegias, de gomas, de quistes, de tumores tuberculosos, de abcesos y hasta de demencias, aparte de las lesiones propiamente craneanas que la cirujía hace muchísimo tiempo atacó con éxito.

En mi última escursion por Europa tuve ocasion de vér practicar varias trepanaciones craneanas, principalmente al Dr. Lucas Championnière en los Hospitales Ténon y San Luis de París. Allí constaté lo inocente que es esta operacion cuando se la practica con el concurso de una rigurosa antisepcia, considerando aceptable la afirmacion de los cirujanos norteamericanos, maestros en la materia, quienes, basándose en la estadística, la encuentran menos mortífera que la ablacion de un dedo ó de un metacarpiano.

Esperaba que se me presentase una ocasion para conven-

cerme de un modo mas directo de la inocuidad de la trepanacion y de sus resultados.

Esta ocasion llegó con el caso que describiré en seguida:

Sabás Arrieta, argentino (del Bragado), tiene 25 años de edad. Su madre murió del cólera. Ignora de qué murió su padre, pero nunca padeció de enfermedad nerviosa. Tiene una hermana de 20 años, sana.

Hacen 15 años, corriendo á una gallina, resbaló y su cabeza chocó contra un grueso clavo implantado en una pared del rancho, cayó al suelo sin sentido y así quedó durante 6 horas perdiendo alguna sangre por la herida que se infirió en el choque.

Segun refiere el enfermo, desde entonces quedó sujeto á ataques convulsivos que son los que le han reducido á habitar los hospitales desde hace algun tiempo. Continuando el interrogatorio acerca de cómo es el ataque, dice el enfermo: «se me nubla la vista y pierdo el conocimiento por completo.» Sus vecinos de sala y los asistentes que han podido verle en esos momentos agregan: «lanza un grito y es acometido de convulsiones generalizadas, arrojando espuma por la boca.»

No hay parálisis. La sensibilidad se ha conservado bien. En cuanto á la inteligencia parece normal, habiéndole oído mas de una vez espresiones que acusan la sagacidad propia de nuestros gauchos. Es muy taciturno, sacándosele las palabras *con tirabuzon* como vulgarmente se dice. Rara vez se rie. Come con buen apetito, y la generalidad de sus funciones se verifica normalmente. Suele quejarse de cefalalgias y de palpitaciones cardiacas.

El golpe que sufrió este individuo fué en la region superior y posterior del parietal derecho.

Afeitada la cabeza, se notaba en dicho sitio una cicatriz de 12 centímetros de extension en forma de U invertida hácia abajo y hácia atrás. Por la compresion de toda esta cicatriz y aún de toda la superficie por ella limitada, no se producia ningun dolor ni acceso convulsivo. No habia tampoco depresion del hueso, el cual conservaba su perfecta convexidad, lo mismo que el del lado opuesto, con el que es simétrico, siéndolo tambien el resto del cráneo.

En los datos suministrados por el enfermo, está el que se refiere á la frecuencia y número de los accesos. Parece ser que éstos han ido aumentando con la edad del paciente. Sufre mas en invierno que en verano Ha pasado hasta un mes sin

crisis convulsiva. Otras veces se presenta ésta cada dos, tres, cuatro dias, como tambien suele experimentar varios accesos en un solo dia.

Este enfermo entró al Hospital el 28 de Enero de 1890. Hasta el 5 de Febrero, dia en que tomé los anteriores datos, ha tenido cuatro crisis.

El 6 de Febrero, segun me refieren, tuvo 7 ataques.
El 7 » » tuvo un solo ataque.
El 8 » » no tuvo ninguno.

No me ha sido hasta aquí posible presenciar ningun ataque, lo que hubiese sido muy importante del punto de vista de las localizaciones. En los intervalos de los accesos no hay síntoma alguno de localizacion y, á estar á lo que aseguran los que los han presenciado, dichas convulsiones son desde luego francamente generalizadas y hay pérdida del conocimiento.

Es evidente que se trata de un caso de epilepsia. ¿Es ésta esencial ó idiopática? No lo creo, pues ha habido una lesion traumática referida por el enfermo y confirmada por la cicatriz del cuero cabelludo. Además los accesos epileptiformes han aparecido concomitantemente con la lesion traumática.

He dicho que en la region de la herida no habia depresion ni indicio alguno de fractura ósea. Sin embargo, pensé en la posibilidad de una fractura de la lámina interna del hueso mas friable quedando intacta la lámina externa mas elástica.

Esto era lo que se me ocurria como mas probable al resolverme á practicar la trepanacion en este enfermo, considerándola justificadísima é indicadísima.

No hubiese elegido seguramente para hacer mi debut en esta operacion un caso de epilepsia idiopática, pues segun el voto práctico de cirujanos respetables ella es ineficaz; sucediendo muchas veces lo contrario en los casos de epilepsia de orígen traumático como el de que me ocupo.

El 9 de Febrero á las 10 a. m. procedí á la operacion.

Cloroformado el enfermo en una modesta mesa de reciente adquisicion, practiqué una incision crucial de 8 centímetros por 8 centímetros en la region de la cicatriz. Separado el periostio y procurada la hemóstasis de los colgajos apliqué una corona de trépano de 2 centímetros de diámetro y sucesivamente una segunda, una tercera y una cuarta corona del mismo diámetro. Los picos óseos entrantes fueron seccionados

con la pinza saca-pieza de Péan y regularizado todo el perímetro general por medio de la gubia y del martillo.

En algunos puntos el hueso estaba ebúrneo y mucho mas consistente y grueso que en otros. Habia hiperostosis. La lámina interna no reveló fractura en toda la zona trepanada. La dura-madre normal, recibiendo ampliamente la impulsion de los latidos cerebrales. No habia pues exceso de tension intra-craneana lo que me hubiera llevado á pensar en la existencia de abceso, tumor ó hemorragia subdural. No obstante incindí la duramadre y la aracnóides, no saliendo por esta incision nada mas que líquido céfalo-raquídeo mezclado con algunas gotas de sangre, y juzgando no haber nada en la masa cerebral limité á esto mi intervencion.

Al hacer la incision de la dura-madre se produjo una hemorragia meníngea que contuve provisoriamente con una pelotilla de algodon y definitivamente con cat-gut enrollado y dejado á permanencia en contacto con la dura-madre (práctica de Lister y de Lucas-Championnière en estos casos). Coloqué en el fondo de la herida un pequeño tubo de drenaje. Sutura con crin de Florencia. Curacion antiséptica, etc.

La superficie del forámen óseo la calculo en 18 centímetros cuadrados, contando con que además del trépano funcionaron la gubia y las pinzas cortantes.

La operacion duró 3 horas, siendo ayudado inteligentemente por los Sres. practicantes Balbastro, Ramirez y Rodriguez.

A las 6 p. m. de ese dia, el practicante Ramirez tomó la temperatura al operado. El termómetro marcaba 38°.

El 10 por la mañana me encontré con que habia pasado muy buena noche. Temperatura: 37°7. Pulso: 100. No habia querido tomar leche por la mañana, pero cuando me retiraba de la sala me dijo tenia deseo de tomar alimento.

En ese mismo dia (el 10) le practiqué la primera curacion. La herida en excelente estado. La gaza y hasta parte del vendaje se hallaban empapados de líquido céfalo-raquídeo, razon especial por la cual renové la curacion á las primeras 24 horas. El líquido céfalo-raquídeo continuó saliendo por el tubo de drenaje durante los seis ú ocho primeros dias.

El 15 de Febrero empecé á acortar el tubo de drenaje. Se perciben claramente los latidos cerebrales al través de la cicatriz crucial.

El 24 de Febrero, supresion del tubo de drenaje. Los latidos

cerebrales se perciben menos claramente para desaparecer por completo de la vista y del tacto en algunos dias mas.

El 15 de Marzo á la 1 ½ p. m. tuvo mi operado su primer acceso epiléptico post-operatorio.

El 17 de Marzo tuvo 3 accesos. Estos no volvieron á presentarse hasta el 28 de Abril en que tuvo dos y uno el 30 del mismo mes.

Desde entonces hasta el momento de escribir estos apuntes (20 de Mayo), no ha vuelto á tener ataques.

Haré notar que generalmente en los trepanados por epilepsia se producen una ó mas crísis durante la operacion y, despues de ella, éstas aparecen *quand même* pero con intervalos mas largos que antes. Me refiero á los casos en que la curacion se ha establecido despues definitivamente sin mas tratamiento.

En mi caso no se ha verificado la primera parte de la proposicion. En cuanto á la segunda, los intervalos van siendo muy espaciados y las crísis tal vez menos intensas. No quiero, sin embargo, hacerme ilusiones. La verdad es que no me es posible deducir aún ninguna conclusion de este caso, á no ser la referente á la operacion en sí misma que, como dije al principio, me confirmó en la idea que tenia ya hecha respecto de su inocuidad.

Por lo que hace á los efectos de esta terapéutica puramente quirúrgica, me remito para mas adelante. El enfermo continúa en la sala y está resuelto á soportar una nueva trepanacion que muy probablemente le he de practicar en tiempo oportuno.

De todas maneras, me haré un deber en tener al corriente de lo que ocurra á los lectores de los ANALES.

Buenos Aires, Mayo de 1890.

UN CASO DE TUMOR SALIVAR

Por Julio C. Arraya

Interno del servicio de Cirujia del Hospital de Crónicos

Juan Jhonson, noruego, de profesion marinero, de 39 años de edad, casado, entró al Hospital de Crónicos el 14 de Febrero del corriente año, siendo alojado en la Sala 1ª lecho núm. 8, á cargo del Dr. Juan B. Justo.—Presentaba en la mejilla izquierda una gran herida incisa, curva, de convexidad anterior, de 10 centímetros de largo, y dirigida oblicuamente de arriba abajo y de atrás adelante, principiando á dos centímetros por delante del tragus y terminando en el borde inferior del maxilar inferior, á cuatro centímetros del menton.

Despues de haber afeitado la mejilla y lavado la herida antisépticamente, reconocí que ésta era profunda, estando interesados todos los tejidos de la mejilla izquierda, exclusíve la mucosa bucal; la bola adiposa de Bichat estaba dividida en dos partes lo mismo que el conducto de Stenon por delante del músculo masétero; la hemorragia era considerable, pues habia sido interesada la arteria facial. Despues de ligar esta arteria y completar la hemostasia de la herida, uní los dos estremos cortados del conducto de Stenon por medio de un punto de sutura, y terminé la curacion suturando la herida con hilo de plata, dejándola al aire libre: la herida cicatrizó por primera intencion y el enfermo salió de alta á los seis dias.

El 10 de Marzo se presentó Johnson nuevamente en el Hospital, presentando en el sitio de la antigua herida un tumor ovalar, del tamaño de un huevo de gallina, cuyo límite ántero inferior correspondia al sitio en que fué dividido el conducto de Stenon, y el superior á la extremidad superior de la antigua cicatriz, siendo, además el tumor movible, fluctuante é indolente á la presion; durante la masticacion y cuando se introducian sustancias sápidas en la boca del enfermo, el tumor aumentaba ligeramente de volúmen. La compresion ejercida

sobre él no determinaba la afluencia de saliva en la boca. No se pudo encontrar el orificio bucal del conducto de Stenon para hacer el cateterismo de éste.

Dados los antecedentes del enfermo, fué fácil esplicarse la formacion del tumor. La herida al mismo tiempo que habia abierto el conducto de Stenon habia destruido su permeabilidad; cicatrizadas las capas superficiales, la saliva se habia acumulado debajo de ellas distendiendo la cicatriz. Se trataba de un tumor salivar ó de un saco salivar cuya formacion era siempre muy preferible á la de una fístula salivar externa.

En el tratamiento habia dos indicaciones que llenar: vaciar el saco y crear un conducto por donde la saliva pudiera llegar á la boca libremente, para evitar la reproduccion del tumor ó su apertura del lado de la piel.

Persiguiendo estos fines, el Dr. Justo hizo varias tentativas de practicar una fístula interna, tratando de colocar un sedal interno por medio de uno aguja muy curva, pero sin obtener resultado. En vista de este resultado negativo, se abrió con el bisturí el saco por la parte interna, á la altura del tercer molar superior, dando salida de este modo á la saliva que contenia; despues de vaciado el saco, se introdujo en él un tubo de drenaje, sosteniéndolo por medio de un hilo de seda que perforaba la pared externa del saco, tan arriba como se pudo.

El tubo dió paso con regularidad á la saliva, de modo que el saco no volvió á llenarse. A los doce dias se le estrajo; la saliva continuó pasando por la fístula salivar interna así obtenida, que reemplazaba al conducto de Stenon obstruido. El pequeño orificio por donde salia el hilo de fijacion al exterior se cerró despues de dejar pasar algunas gotas de líquido. En un exámen del paciente, hecho algunos dias mas tarde, se encontró que no habia reaparecido el tumor, y que todo seguia bien.

Mayo de 1890.

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA GENERAL

Profesor, Dr. R. Wernicke

SOBRE LA HERENCIA EN PATOLOGÍA

Patología se llama la ciencia que estudia los padecimientos ó enfermedades.

La patología general estudia las enfermedades en general, la especial estudia las enfermedades de una á una.

Las patologías especiales de las que hoy dia se cree necesario hacer una série de subdivisiones: así, por ejemplo, externa, interna, ginecológica, infantil, nerviosa, etc., etc., recojen sus nociones al lado del enfermo y en la mesa de autopsia. La patología general aprovecha de estos datos y complementa la observacion con el experimento; recoje los hechos, los compara y trata de establecer las leyes que rijen para las funciones del hombre enfermo y las causas productoras de las anomalías del organismo.

Solo conociendo las patologías especiales puede estudiarse con provecho la patología general; —sucederá á Vds. lo que á mí me ha sucedido; recien despues de haber ejercido la profesion durante algunos años pude darme cuenta exacta de la importancia de la patología general.

¿Qué es una enfermedad?

Nos será muy difícil hallar una definicion de ello que no provoque alguna objecion bien fundada.

Es indudablemente lo mas cómodo aceptar la enfermedad como un contraste de la salud.

¿Y cómo definiremos el estado de salud?

Lo mismo que se define la vida: con frases que suenan bien y tan huecas como inútiles para la ciencia. Juegos de palabra mas ó menos interesantes y que se prestan á discu-

siones y aún peleas en las cuales se ha gastado y gastará aún grandes cantidades de tiempo, erudicion, elocuencia, papel y tinta.

Se me exige una definicion y digo: *que considero enfermedad cualquier desequilibrio en el funcionamiento armónico de los diferentes órganos del cuerpo, desequilibrio que puede producirse sin manifestaciones perceptibles para el que sufre y para los que observan.*

He lanzado la definicion que me parece la mejor, adóptela aquél á quien le agrada; los que quieran combatirla se hallarán con que no me creo obligado á bregar mucho por ella.

Toda enfermedad es el resultado forzoso de dos factores que han actuado sobre el organismo: la predisposicion y la causa; faltando uno de los dos factores no hay enfermedad.

En el curso de nuestros estudios verán Vds. que estos factores aparentemente tan bien caracterizados, se confunden con frecuencia.

Es la predisposicion una condicion propia del organismo para poder ser lesionada por alguna causa.

Debemos distinguir predisposiciones generales—es decir, comunes á toda la especie humana—y predisposiciones especiales ó particulares que solo se hallan (ó preferentemente se observan) en determinado sexo, edad ó profesion, ó que son propias de ciertos individuos aislados ó agrupados.

Así, por ejemplo, todos los que estamos aquí podemos ser deshechos por el derrumbe de este edificio, cualquiera de nosotros se puede asfixiar en una atmósfera que contenga óxido de carbono. Solo algunos de nosotros hemos tenido difteria y viruela. Un *sandwich* y un *choppe* que para la mayoría de los que aquí estamos constituye un almuerzo — mata á un niño de pecho —y ninguno de nosotros podrá sucumbir por un cáncer del ovario.

Dije que V.V. mas tarde verian que causa y predisposicion pueden confundirse; con igual facilidad pueden confundirse.

la predisposicion y la enfermedad; entre estas dos cosas no hay transicion brusca. Una persona que se enferma fácilmente, es decir, que tiene muchas predisposiciones, se llama enfermiza; bien se la podria clasificar de enferma.

Las causas de las enfermedades han sido divididas de las mas diversas maneras, especialmente en la época durante la cual se hacia mas medicina de especulacion que de observacion. Oirán V.V. hablar y leerán sobre causas predisponentes y determinantes, próximas y remotas, evidentes y ocultas, físicas y vitales, principales y accesorias, específicas y generales etc.

De todas las divisiones, la mas importante es la que distingue las causas en internas y externas; y aun para los que solo esta division admiten queda la duda de si hay ó no causas verdaderamente internas, si no se trata siempre de influencias que de cerca ó de lejos siempre actúan desde afuera. Consideraremos con Garcia Solá causa morbosa á cuanta circunstancia puede desarrollar ó favorecer el desarrollo de enfermedades.

La etiología se ocupa del estudio de las causas; es la parte de la patología general que hoy en dia mas se cultiva; conociendo las causas productoras de las enfermedades podemos pensar en combatirlas, estirparlas, ó atenuarlas; la profilaxia debe enseñarnos á precaver las enfermedades.

Se ha dicho y lo habrán oído muchas veces, porque que se repite por algunos hasta el fastidio, que la medicina del por venir no será curativa, sinó preventiva.

Se pretende que es mas fácil prevenir una enfermedad que curarla. ¡Allá en la práctica verán V.V. lo que hay de cierto y de realizable en la cuestion!

Se dice que los chinos solo pagan á sus médicos por el tiempo que gozan de salud, para obligar á los galenos á estudiar la profilaxia.

Despues de esta especie de introduccion ocupémonos hoy de—

LA HERENCIA EN PATOLOGIA

Mucho antes de empezar á cursar el primer año de medicina habrán oído hablar de la herencia de enfermedad; muchas

veces V.V. mismos habrán tratado de esplicar el estado de tal ó cual congénere, por el estado en el cual han conocido á sus progenitores.

Una que otra vez habrán acertado en sus afirmaciones, pero creo poder asegurar que mas de una vez habrán sido partidarios demasiado exagerados de la trasmision hereditaria de las enfermedades.

Habrán observado que es regla general que los hijos se parezcan á uno ó á sus dos progenitores; muchas veces habrán hallado semejanzas mayores del niño con sus abuelos ó con algun colateral de tipo distinto al que presentan los ascendientes directos que conozcan del individuo en cuestion.

Algunos de V.V. lo habrán observado ya y todos V.V. lo observarán si se esfuerzan un poco, que no solo heredamos de nuestros padres la forma exterior sinó tambien el génio, las inclinaciones, los vicios y á veces los defectos físicos y las enfermedades y predisposiciones.

Habrán observado además—y podrán convencerse de ello en su defecto por simple raciocinio—que la herencia no es ley fatal.

Si lo fuera no tendrían Vds. maestro ni yo discípulos—que en el tiempo transcurrido desde la creacion del mundo hasta la fecha, las enfermedades trasmisibles por herencia deberian haber acabado con mas de una humanidad.

¿Cuáles son las leyes que presiden la herencia?

¿Cuáles son las condiciones que se oponen á la trasmision de las cualidades de los progenitores?

No tendremos que recargar nuestra memoria con la citacion de leyes, éstas aún están por descubrirse.

No hay adquirido sobre la herencia sinó una coleccion de hechos; referiré algunos; de ellos, y de lo que os enseñará la práctica podrán tratar de formular alguna ley.

Para aquel que no se esfuerce en pensar en el porqué, es muy natural—lo mas natural posible, lo mas sencillo—que siendo el hijo el producto de dos progenitores se les debe parecer, y se conforman con decir: «y cómo no ha de ser así»—lo mismo que aquel paisano que al ver por primera vez una locomotora en marcha quedó satisfecho diciendo: «cómo no vá á andar si hacen fuego adentro.»

Darwin trató de explicar la herencia por su teoría de las *gemmulas*—elementos que nadie ha visto y que deben ser de dimensiones que se hallan en el límite de nuestra concepcion y que saliendo de todos los órganos del cuerpo ó de todas las células de todos los órganos, van á guarecerse en el óvulo y los espermatozoarios para dirigir despues de la fecundacion el desarrollo del embrion de manera que se parezca á los padres; si se trata de los abuelos ya es mas difícil la cosa y conviene entonces el recurrir á la teoría de Weissmann sobre la continuidad del plasma germinal.

Segun esta teoría hemos recibido en herencia y solo con el fin de podernos reproducir, un poco de protoplasma de nuestros antecesores; solo de ese poco de protoplasma se producen los productos sexuales, y trasmitido de generacion en generacion ese protoplasma nos debe venir directamente desde el reino de los protozarios—punto de arranque para el tronco del árbol genealógico del cual la especie humana forma unas pocas ramitas.

La teoría de Darwin permite explicar la trasmision de cualidades adquiridas durante la vida; la teoría de Weissmann permite explicar la intrasmisibilidad de propiedades de esa clase.

Francamente hablando, la intervencion del principio vital para explicarme la herencia, me incomoda menos que la aceptacion de las teorías de Darwin y Weissmann.

Si al estudiar la herencia, empezamos á hacerlo en los animales inferiores, las amibas, por ejemplo, que se multiplican por simple division, no nos sorprenderá que el nuevo ser sea idéntico al que le dió orígen;—es una parte de él.

Para el hombre y los animales inferiores sucede algo parecido—el óvulo de la madre, y el espermatozoario del padre, son partes vivas que se desprenden del organismo que se va á reproducir.

Se produce la fecundacion por la penetracion del espermatozoario al óvulo, se produce la fusion de los núcleos, se forma el núcleo nuevo, y empieza despues la segmentacion del huevo, segmentacion que se hace en una célula, producto de una mezcla íntima y homogénea de partes vivas de los dos

organismos reproductores. Todo esto lo sabemos! Tenemos el derecho de decir que algo hemos adelantado desde la época en la cual se hablaba del *aura seminalis*.

He hablado, y hablamos todos con una facilidad y ligereza poco científicas de enfermedades heredadas. La observacion muestra que las enfermedades trasmisibles por herencia no son tantas. Incuestionablemente trasmisibles, solo pueden considerarse á la fecha, la *sífilis*, la *hemofilia*, el *daltonismo, vicios de refraccion*, y algunas *neurosis;* la trasmision aparente de todas las otras se explica por la predisposicion hereditaria. Las afecciones congénitas heredadas, son mas frecuentemente anomalías de desarrollo que verdaderas enfermedades.

Lábios leporinos, fisuras del paladar, polidactilia, fimosis, hernias, criptorquismo, alteraciones todas que pueden presentar los pregenitores sin que por su existencia se resienta el organismo, no son ya procesos que evolucionan: son alteraciones definitivas, terminadas.

Es de importancia para los descendientes por la influencia que sobre su desarrollo puede ejercer:

1º El estado de los padres antes de la copulacion.

2º El estado de los mismos en el momento de la cópula.

3º El estado de la madre durante la preñez.

Una parte de las lesiones que aparecen como congénitas, no lo son en el sentido estricto de la palabra; se trata simplemente de resultados de enfermedades del feto, alteraciones congénitas y no heredadas; así por ejemplo, las alteraciones resultantes de adherencias entre el feto y las membranas, las amputaciones de miembros que pueden producirse por las constricciones del cordon umbilical.

El estado de los padres antes de la copulacion es seguramente el momento de mas influencia sobre el desarrollo del feto en lo que se relaciona á enfermedades ó predisposiciones de los hijos.

Todo hijo es el producto de dos factores, el óvulo y el espermatozoario, producto y factores que son proporcionales; segun

prevalezca en la procreacion el uno de los dos factores variará el producto.

Las calidades trasmisibles de los padres pueden sumarse y pueden tambien contrarrestarse.

Los hijos de matrimonios en los cuales los dos contrayentes son predispuestos á la tuberculosis, ó son tuberculosos ya, heredarán mayores predisposiciones que los hijos de matrimonios en los cuales uno de los miembros es fuerte y sano.

Los hijos de un loco y de una histérica mas que probablemente heredarán un sistema nervioso impresionable ó anómalo, enfermo.

Los peligros de la consanguinidad, para la prole, resultan de la suma de predisposiciones ó de enfermedades de familia que concurren á influenciar el desarrollo del fruto.

Padres de familias muy distintas con iguales sumas de predisposiciones, tendrán hijos tan predispuestos como los que resulten de matrimonios consanguíneos

La *consanguinidad* como tal nada tiene que ver con la decadencia de las razas, mientras que los progenitores sean sanos y robustos y desprovistos de defectos que puedan trasmitir á sus descendientes. En cualquier autor hallarán ejemplos que prueban el hecho; los criadores de animales lo saben hace mucho, y están acostumbrados á usar hasta del incesto para obtener un tipo de animal reproductor con condiciones extraordinarias.

Nuestros cabañeros nos enseñan cómo suelen mejorarse las razas; introduciendo elementos procreadores sanos, la especie humana mejora de la misma manera, y he oido por ahí que alguien aseguraba que las buenas condiciones higiénicas de la nobleza inglesa dependian de la introduccion que se ha hecho con frecuencia de sangre (generalmente femenina) sin título nobiliario.

En el interior de nuestra patria especialmente en las provincias mas alejadas del tráfico, hace mucho que se observan frecuentísimos casos de cretinismo con ó sin coto.

Tan frecuente es ese vicio en algunos puntos que hubo una época durante la cual, al edificar, se creían obligadas á construir un cuartujo especialmente dedicado al *lerdo*. De 15

años á esta parte, se nota que los *lerdos* (sin querer hacer alusiones) van disminuyendo en las provincias andinas; ese adelanto es debido á la introduccion de nueva sangre en las generaciones del dia.

No se me ocurre decir que los *lerdos* produzcan hoy mejores hijos, sinó que en las familias en las cuales por acumulacion de causas por parte de ambos contrayentes los *lerdos* eran frecuentes, hoy con la introduccion de nuevos elementos de procreo, las causas en vez de sumarse empiezan á restarse.

Hasta hace poco casi todos los habitantes de los pueblos del interior eran emparentados por consanguinidad repetidas veces; la inmigracion y las facilidades de viajar, hacen que hoy dia nazcan muchísimos que solo son consanguíneos simples.

No se puede hasta la fecha establecer cuál es el poder de trasmisibilidad propio á cada uno de los sexos; parece—digo *parece*—que para algunas afecciones, la influencia de la madre es mas manifiesta.

La *hemofilia*, enfermedad en la cual aparecen tras de cada herida, y aún sin ella, hemorragias copiosas, y muchas veces mortales, ha sido en varias familias observada como trasmitiéndose por las mujeres, las que á su vez no presentaban la anomalía vascular que constituye la enfermedad.

Seré mas esplícito; se han visto familias en las cuales todos los hijos varones eran hemofílicos, no siéndolo las mujeres, que éstas al casarse trasmitian á sus hijos y no á sus hijas la enfermedad. Hay publicadas observaciones de hemofilia que abarcan cinco generaciones.

Algo parecido se ha observado para algunas familias de daltonistas, es decir, de individuos que no distinguen sinó una parte de los colores del espectro; tambien para esta anomalía prevalece la herencia del lado de la madre.

La influencia del estado de los progenitores en el momento de la cópula parece que no puede influir tanto como algunos partidarios entusiastas de la herencia pretenden. Si recuerdo que el óvulo á fecundarse y el espermatozoario fecun-

dante se hallan preformados mucho antes de proporcionárseles la ocasion de juntarse, parecerá comprensible esta asercion.

Nos citan los neuropatólogos casos que no podemos discutir, de neurosis en hijos de alcohólicos engendrados en la borrachera.

A mí no me estraña que un alcoholista consuetudinario tenga hijos neurópatas. Los hijos de padres no alcoholistas y engendrados en una borrachera accidental no creo que sean mas perseguidos de las neurosis, que el hijo del que no es alcoholista.

Muchos de los primogénitos de la gente baja, son productos de un coito efectuado en una borrachera; y no he visto que autor alguno haya sostenido que de entre ellos se recluten mayor número de locos.

Las enfermedades trasmisibles y aquellas de las cuales se trasmite la predisposicion son crónicas.

Defectos orgánicos congénitos se trasmiten mas fácilmente que defectos adquiridos.

Poco, muy poco son los israelitas que nacen sin prepucio; no son mas que los hijos de cristianos que nacen con este defecto.

Nunca he visto á niñita alguna que naciera con los agujeros en la oreja como para poder usar aros.

Es muy raro que nazcan corderos rabones. ¡Cuántos siglos hace y á través de cuantas generaciones se han mutilado á los judios, á las mujeres y á las ovejas!

Las alteraciones congénitas que producen predisposiciones pueden ser generales ó parciales, referirse á todo el organismo ó solo á algun órgano ó tejido.

Las predisposiciones mas importantes son las que aun hoy se llaman *diátesis*, es decir, una resistencia disminuida propia de ciertos individuos con relacion á ciertas causas morbígenas, á la predisposicion de ciertos individuos para ciertas enfermedades consideradas con mas ó menos fundamento *generales*.

Me parace que las *diátesis* como tales van á desaparecer de la patología; la tuberculosis ya hace mucho fué jubilada, la escrofulosis le siguió al poco tiempo; quedan hoy algunos

con la diatesis artrítica y herpética, sin muchos argumentos para poderlas defender.

Lo que antes se llamó *escrofulosis* es la predisposicion para la tuberculosis local ó general; casi todas las lesiones atribuidas antes á las escrófulas son hoy reconocidamente tuberculosas.

La diatesis artrítica ó úrica debe caracterizarse por la produccion excesiva de ácido úrico, exceso que no puede ser eliminado y dá lugar á las enfermedades de la diátesis.

En el herpetismo debe existir una piel especialmente constituida, predispuesta á erupciones secas, y un pulmon que fácilmente es invadido por las alteraciones provocadoras del asma.

Hay cosas que no entendemos; escondiéndonos tras de la pantalla de las diatesis, podremos hacer creer al vulgo lo contrario.

Los órganos mas frecuentemente afectados por las predisposiciones heredadas, son los de los aparatos nerviosos centrales; su estructura mas que complicada, sus funciones tan varias como variables, esplican la facilidad con que sufren alteraciones.

En la trasmision de las neuropatias se nota gran variedad; allí es que se establecia que la herencia se puede hacer directa ó totalmente, é indirecta ó parcialmente.

En vez de la neuropatía de uno de los progenitores, se hereda, á causa de la influencia del otro elemento procreador, una variedad.

Locos engendran epilépticos, epilépticos pueden engendrar locos epilépticos, histéricos, y cretinos.

Un genio, la genialidad puede considerarse neuropática; tiene hijos imbéciles, atáxicos ó paralíticos, y se dice que individuos que sufren hemicraneas pueden tener una prole con cualquiera de las neuropatias citadas.

Brown-Séquard y *Westphal* pudieron provocar en chanchitos de la India una especie de epilepsia trasmisible por herencia.

Sigue en frecuencia á las enfermedades nerviosas la trasmisibilidad de los vicios de refraccion.

Todos conocemos familias de miopes; en mi casa casi todos mis hermanos usan anteojos.

Las enfermedades del aparato respiratorio se consideran con razon como sumamente fáciles de heredar; lo que con mas facilidad se trasmite es la predisposicion á la tuberculosis ó tísis.

Segun las estadísticas, mas de 20 % de los tuberculosos descienden de padres tísicos; tienen esos individuos desde chicos lo que se llama *hábito tuberculoso*.

Por suerte para la humanidad, que á la fecha se habria acabado, muchos, muchísimos de los predispuestos se escapan de la infeccion; ésta no impide que 1/7 de la especie humana muera por tisis pulmonar.

La glándula tiroides, ese órgano de funcion desconocida hasta la fecha, dá lugar á la formacion del coto con mucha mas facilidad en descendientes de cotudos que en descendientes de padres sin esa deformidad.

La predisposicion á lesiones de los aparatos circulatorio y locomotor se trasmite en algunas familias; parece que fuera fácil contrarrestar la influencia de uno de los progenitores, si se considera que se discute sobre si existe ó nó esa trasmision.

Preconcepcion llaman los criadores á la influencia que una preñez ejerce sobre el organismo materno, influencia que es causa de que tengan semejanza con el primer fecundador todos los descendientes que nazcan mas adelante de esa madre. Así, por ejemplo, se pretende que una perra perdiguera, servida una vez por un perro que no es de su raza, está perdida, y nunca dará hijos que la igualen, cualquiera que sea el padre que la fecunde; una yegua que una vez ha sido cubierta por un burro, tendrá potrillos que siempre se parecerán en algo á la mula. Se citan ejemplos de preconcepcion para el hombre, pero esos ejemplos no bastan para establecer ley; en una poblacion cosmopolita como la nuestra, no será muy difícil hallar casos de viudas que tengan hijos en segundas nupcias,

y con la observacion de los cuales podremos establecer lo que hay de cierto en la preconcepcion para el género humano.

Hasta la fecha no ha sido posible arrancar, aún de la cabeza de la gente *soit-disant* ilustrada, que exista una influencia del *antojo* sobre el feto. Es esta una opinion completamente absurda, é indigna de ser rebatida en un curso de patología general en el año de 1890.

La época en la cual se manifiestan las enfermedades y predisposiciones heredadas, varía segun los casos.

La sífilis, la hereditaria *par excellence*, es la enfermedad que mas temprano se manifiesta; puede presentarse ya antes de nacer el feto; en otros casos se manifiestan las lesiones cutáneas, y sobre todo las óseas y viscerales, pocos dias ó meses despues de empezada la vida extrauterina.

No considero enfermedad heredada la viruela del recien nacido; viruela, de la cual se asegura puede adquirirla el enfermo, sin que se enferme la madre, enfermedad que puede evolucionar en el útero, y dar lugar á que nazcan niños con cicatrices de viruela.

Las predisposiciones del aparato nervioso generalmente se manifiestan desde la pubertad para adelante y solo excepcionalmente en la infancia; la misma época de manifestacion corresponde á las predisposiciones del aparato respiratorio, especialmente para la tuberculosis.

Las predisposiciones de los aparatos circulatorio y locomotor son mas tardías en presentarse; recien se les observa cuando el individuo ha completado su desarrollo.

Finalmente, dicen los oculistas que existe una catarata hereditaria que aparece en la vejez y que mas de una vez se confunde con la forma de catarata nada rara en los viejos, cuando empiezan á manifestarse con mas acentuacion los procesos de regresion ó decrepitud del organismo.

La influencia maligna de la herencia puede combatirse, y no solo con la cruza sinó tambien con la educacion, la alimentacion, el ejercicio y todos los elementos de vida que pueden actuar sobre el desarrollo físico y moral del hombre.

Niños débiles de madre idem, robustecen al seno de una

buena nodriza un torax deprimido se dilata por el ejercicio, músculos poco desarrollados aumentan en fuerza con el trabajo, á un cerebro débil y excitable se le evitan los esfuerzos intelectuales y un aparato digestivo delicado puede prestar muy buenos servicios si se procede con tino en la eleccion de los alimentos.

FORMULARIO

Fürbringer combate la *hidropesía de orígen cardiaco,* con:

Hojas de digital	2	gramos
Hágase infundir en.		
Agua	180	»
Agregar:		
Citrato de cafeina	2	»
Tintura de strophautus	5	»
Acetato de potasa	20	»
Extracto de regalis	5	»

H. s. a. A tomar por cucharadas en 48 horas.

Sidlo aconseja la siguiente inyeccion contra el *ozena:*

Cloruro de potasio	6	gramos
Glicerina	30	»
Agua destilada	300	»

H. s. a. Uso externo.

Hacer con esta solucion varias inyecciones al dia en las fosas nasales.

Además, el enfermo debe introducir tres veces por dia, en las cavidades nasales, pequeños tapones de algodon empapados en

una mezcla de una parte de glicerina por tres partes de agua, tapones que deberá conservar por una hora.

Richardson emplea la siguiente mixtura contra las *ulceraciones dolorosas de la piel:*

Vaselina pura.....	30 gramos
Cloroformo.....	8 »
Clorhidrato de morfina.....	0,20 cents.

M. Uso externo.

Estender una parte de esta mixtura sobre tela fina, y renovar la curacion cada 12 horas.

Von Stein ha empleado el ácido tricloracético en el tratamiento de las *afecciones nasales y faringeas.* Hé aquí su fórmula:

Iodo metálico.....	0 gr. 15 centígr.
Ioduro de potasio.....	0 gr. 20 »
Acido tricloracético.....	0 gr. 15 cent. ó 30 cent.
Glicerina.....	30 gramos.

Uso externo. Embadurnar la parte enferma por medio de un pincel blando ó de un pequeño tapon de algodon.

Nueva comision directiva del Círculo Médico Argentino

La Secretaría del Círculo Médico Argentino ha comunicado oficialmente á la redaccion de *Los Anales* que la Asamblea general de socios reunida el 23 de Mayo de 1890, ha aceptado los cargos formulados contra la comision directiva de la Sociedad, por violacion del Reglamento, abandono de sus deberes, falta de iniciativa, etc, y que en consecuencia, dicha comision directiva ha sido depuesta. La misma asamblea nombró Presidente provisorio al Dr. Juan B. Justo y secretario al Sr. Armando Claros.

Reunida nuevamente la Asamblea el 28 de Mayo á objeto de reconsiderar la sancion anterior, no fué posible obtener este resultado, pues la mocion de reconsideracion fué rechazada por 108 votos contra 6. En seguida se procedió á nombrar la comision directiva, en reemplazo de la depuesta, y quedó ella constituida así:

Presidente.	Dr. Julio Mendez.
Vice Presidente.....	Dr. Juan Alba Carreras.
Secretarios de actas.....	Sr. Armando Claros. Sr. Luis Beaufrére.
Secretario de correspondencia	Sr. J. M. Cullen.
Tesorero.....	Sr. Francisco R. Niño.
Pro-tesorero.....	Sr. Zenon Aguilar.
Director del Museo.....	Dr. Fernando Perez.
Director de la Biblioteca.....	Sr. Francisco S. Cabrera.
Vocales	Dr. Alejandro Castro. Dr. Antonio Martinez Rufino. Sr. Antonio Ibarguren. Sr. Silvio Tatti. Sr. Otto Wernicke. Sr. Luis Agote Sr. Abel Nocetti. Sr. Alvaro J. Luna. Sr. Félix T. Muñoz. Sr. Gustavo de Elia.

Nuevos miembros de la asociacion

Han sido aceptados como miembros activos los señores:

Dr. Luis F. Acuña
» Manuel Bengolea
» Eduardo Peña
» Benjamin Larroque
» Tomás Balestra
» Carlos Madariaga
Sr. Enrique Ocampo
» Guillermo Rojo
» José Gorrochategui
» Prudencio Plaza
» Eduardo Corsi
» Conrado Rivero
» Arturo Alió
» José E. Berráz
» Alejandro Posadas
» Juan B. Cones
» Pedro Mas
» Juan A. Sanchez
» Pedro Etchegoyen
» Pascual Ferrari
» Julian Valenzuela
» Héctor Lara
» Pascual J. Echagüe
» Eliseo Ortiz
» Juan Tessitore
» Godofredo Palladini
» Francisco Olmos Gonzalez
» Spártaco Zanbianchi

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 7

Anales del Círculo Médico Argentino

JULIO DE 1890

GINECOLOGÍA OPERATORIA

Ausencia congénita de vagina—Útero rudimentario—Integridad de los anexos—Operacion autoplástica—Resultado.

Por el Dr. Samuel Gache

La observacion que va á leerse corresponde á una jóven que entró en el hospital Lourcine-Pascal, servicio de ginecología operatoria del Dr. Pozzi (Paris), y merece relatarse á causa de las dificultades á que dió lugar el tratamiento, como pudimos comprobarlo en el tiempo que seguimos á esta enferma.

La jóven en cuestion llamada Josefina, de 17 años de edad, no da como antecedente hereditario otro que el que se refiere á su padre, muerto á los 47 años, de tuberculosis pulmonar; madre y hermanas en buena salud, y en la familia es ella la única que presenta anomalías del aparato genital.

Josefina es una muchacha que si no es notable por su desarrollo físico, tampoco llama la atencion por su aspecto pobre.

De regular estatura, delgada, tipo simpático, y de inteligencia nada torpe, ha sido siempre muy nerviosa, de emociones rápidas, rie y llora sin motivo, y no se encuentran en ella las estigmas de la histeria ni de crísis histeriformes.

Dice que á los 13 años fué atacada de córea del lado derecho, que la lengua quedó comprometida durante algun tiempo y que próximamente 6 meses ha tenido dificultad para hablar; que

este ataque duró mas ó menos un año y que recuperó la salud bajo la influencia del tratamiento bromurado. Un año antes de entrar al hospital fué acometida otra vez por la córea del mismo lado, aunque menos fuerte, y tres meses despues sanó.

Josefina no ha reglado nunca; no ha esperimentado sensaciones dolorosas del lado del abdómen, ni fenómenos del lado del peritoneo. No ha tenido hemorragias suplementarias que se observan en casos de reglas ausentes.

Sin embargo, desde 6 meses antes de su entrada al hospital siente dolores lijeros en las caderas y en los muslos, dolores que se repiten dos ó tres veces por mes, sin regularidad. Tiene tambien, á menudo, crísis de cólicos secos que le han obligado á suspender el trabajo en dos ocasiones.

A fines de 1888, teniendo 16 años, quiso practicar el coito y su tentativa fué inútil. Molestada por sus dolencias y contrariada por este fracaso entró en el hospital de su pueblo y allí se le dijo que tenia una *imperforacion del hímen,* pero no se le ofreció el recurso de la cirugía. Posteriormente ha ensayado contactos genitales y ha tenido que convencerse de su imposibilidad.

El estado general de Josefina es bueno.

Es, como hemos dicho, bien conformada, su sistema piloso bien desarrollado, así como el óseo; los senos de volúmen ordinario; no presenta los caracteres del *infantilismo.* Sus digestiones son buenas; no siente dolores ni peso al defecar; no es constipada; orina bien y fácilmente.

Este era el estado de la mujer que nos ocupa el dia de su entrada en el servicio del Dr. Pozzi.

Examinando los órganos genitales externos se ve que están bien conformados; el púbis cubierto de abundantes pelos; los grandes lábios espesos y duros; los pequeños lábios bien desarrollados. Cuando se separan éstos, se comprueba la ausencia de orificio vaginal; en su lugar se encuentra una membrana dura, fibrosa, lijeramente deprimida en su centro, y que uniendo la base de los dos pequeños lábios ocupa el punto en que deberia hallarse el orificio de la vagina.

Haciendo presiones sobre esta membrana con la punta de un dedo se deja deprimir suavemente.

El orificio uretral ocupa su sitio normal, y su calibre es regular.

Lo mismo diremos del ano. Practicando el tacto rectal se ve que la pared anterior del recto y la vejiga están en contacto inmediato, que no hay ni vestigios de vagina, y que la ausencia de ésta es total. Introduciendo muy arriba el dedo en el recto se llega á tocar un pequeño cuerpo duro, grueso como una avellana, que rueda bajo el dedo y que es el útero rudimentario. De este útero se desprenden dos trompas que se sienten bien por la palpacion bi-manual y que parecen tener su volúmen ordinario. Los dos ovarios existen; su volúmen aparente es normal, y se les puede apreciar por el tacto rectal y la palpacion abdominal.

En suma, se tenia por delante una mujer con ausencia completa de la vagina, útero rudimentario, y anexos al parecer normales.

El Dr. Picqué, sustituto del Dr. Pozzi, determinó la operacion proponiéndose desprender el recto de la vejiga y cubrir el canal así formado con colgajos de la piel y de la mucosa inmediata.

Sometida la enferma á la anestesia clorofórmica, y en posicion conveniente, el Dr. Picqué dividió transversalmente el tabique membranoso que ocupaba el orificio vaginal, y ayudándose con los dedos y la espátula desprendió lentamente la vejiga del recto, lo que pudo hacerse sin muchas dificultades debido á la presencia allí de abundante tejido celular.

Pero, á medida que el cirujano penetraba mas profundamente aumentaban las dificultades por temor de herir la vejiga ó el recto, cuyas adherencias eran cada vez mas fuertes. Entonces no se empleó otra cosa que los dedos, guiando la operacion el índice izquierdo introducido en el recto y haciendo mantener una sonda de plata en la vejiga.

Despues de haber atravesado una extension como de 7 centímetros el Dr. Picqué se detuvo, pues los peligros de abrir los órganos vecinos eran cada vez mas evidentes. Quedaba así hecho un canal vaginal, y era necesario hacerle un revestimiento protector.

El cirujano hizo inmediatamente delante del recto una inci-

sion curva de convexidad posterior, luego dos incisiones laterales ántero-posteriores de manera á tallar un colgajo de 6 centímetros de largo por 3 centímetros de ancho. Desprendió suavemente este colgajo cutáneo, lo hizo penetrar en el canal y lo fijó á la parte inferior con cinco puntos de sutura, de catgut.

Para tapizar la pared superior del canal talló dos colgajos que sacó de la mucosa vecina, de los pequeños lábios y de la base de los grandes; los implantó en el canal vaginal y suturó cada uno con tres puntos de catgut. Curacion á la gaza iodoformada y píldoras de estracto tebaico para favorecer la constipacion.

Las consecuencias de la operacion fueron muy simples: la reunion tuvo lugar por primera intencion, y al cabo de seis dias la union era perfecta. La vagina nuevamente formada media 7 centímetros de longitud; quedó muy bien tapizada en toda su extension.

Diariamente se hacian dos curaciones á la gaza iodoformada, de manera á mantener separadas las paredes de la vagina. Como esta parecia querer ratraerse un poco en la parte profunda, dos semanas despues de la operacion, se comenzó á hacer una dilatacion con los dedos y se le repetia cada tres dias.

La enferma salió del hospital un mes despues de operada en muy buenas condiciones, llevando una vagina que en aquella época permitia ya la entrada del índice completo.

Esta operacion tiene sérios peligros, y en el caso actual ellos se reagravaban por las adherencias entre el recto y la vejiga. Sin hablar de la ruptura de las trompas de Falopio ó de las adherencias vasculares situadas alrededor del útero, como Hart y Barbour lo han observado en las autopsias, podian presentarse estas dos circunstancias: retraccion de las paredes vaginales y septicemia, que segun aquellos autores «acompaña frecuentemente á la operacion.»

La primera circunstancia no se produjo, pues el canal vajinal se mantenia abierto merced á tapones de gaza iodoformada; y la septicemia no se presentó debido á los cuidados de que se rodeó á la enferma.

Junio de 1890.

BLEFAROPLASTIA

Proceder del Dr. Lagleyze

Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires

Por el Dr. Francisco C. Barraza

Jefe de Clínica y profesor sustituto de Oftalmología en la misma

El 21 de Noviembre del año próximo pasado ingresó á la clínica oftalmológica del Hospital Nacional de Clínicas el sujeto Domingo Constanzo, italiano, de 35 años de edad, de profesion labrador, de temperamento sanguíneo y de constitucion buena, quien presentaba un *ectropion cicatricial del párpado superior del ojo izquierdo* con el borde ciliar adherido á la parte inferior de la ceja, queratitis traumática por falta de proteccion, y leucoma consecutivo.

Los procedimientos comunes de blefaroplastia no tenian en el caso presente indicaciones precisas por la naturaleza del ectropion y por su sitio, pues la piel de esta region no se presta, como en el ectropion del párpado inferior, al *deslizamiento* comun y á las *trasplantaciones*, hechos en los cuales se fundan los procedimientos clásicos. Hay que tener presente en toda autoplastia el principio formulado por Richet para tales operaciones, de que el colgajo debe ser tallado de tal modo que la retraccion inevitable se aproveche en la correccion de la deformidad que se trata de combatir. El procedimiento del Dr. Lagleyze tiene presente este precepto, pues fundado en las relaciones mayores de la piel de las cejas con el reborde orbitario le permite tallar un colgajo cuya retraccion será siempre pequeña; además conserva el músculo orbitario y la mucosa conjuntival y el suelo ciliar, quedando por lo tanto el párpado con la movilidad requerida para la proteccion del globo ocular. Este procedimiento completamente original tiene ventajas sobre los otros de blefaroplastia, sobre todo en los casos como el que historiamos, bajo el punto de vista y sumamente

importante en estos casos, de la limitada retraccion del colgajo y su asegurada nutricion.

He aquí como procede el Dr. Lagleyze: para mayor claridad haremos la referencia al grabado adjunto que representa el ojo del sujeto antes de la operacion con las incisiones que se practicaron en ésta (fig 1); la fig. 2 representa las suturas y la fig. 3 el resultado.

Se principia la operacion: 1º por la incision (a—b) de la piel entre la ceja y el borde ciliar, rozando la parte inferior de la ceja á objeto de dejar la mayor porcion posible de piel hácia el borde libre del párpado; en seguida se diseca el párpado para reducir al fibro-cartílago á su posicion normal, cuidando de conservar en lo posible las fibras del orbicular que existan —y se suturan ambos párpados entre sí.

2º Incision de la piel paralela é inmediatamente sobre la ceja (c—d) desde la cabeza hasta la cola, uniendo las extremidades de esta incision con las de la anterior.

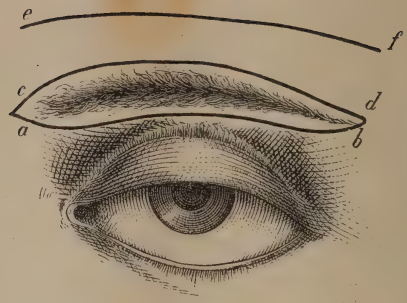
3º Incision en la piel de la region frontal, paralela á esta última y á uno y medio centímetro de ella (e—f); esta distancia puede variar segun sean las exigencias del caso.

4º Diseccion de toda la piel limitada por las dos incisiones c—d, e—f, de manera á obtenerse un colgajo unido á la piel de la frente por ambos extremos.

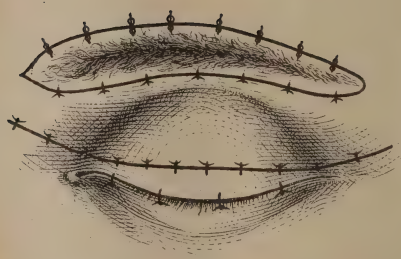
5º Translacion de este colgajo pasando por sobre la ceja convertida en *isla*, de manera á cubrir la superficie cruenta resultante de la reduccion del ectropion.

6º Suturas del colgajo, que se hacen de la manera siguiente: el borde inferior con la piel vecina á la region ciliar y el borde superior del colgajo con la piel de la parte inferior de la ceja.

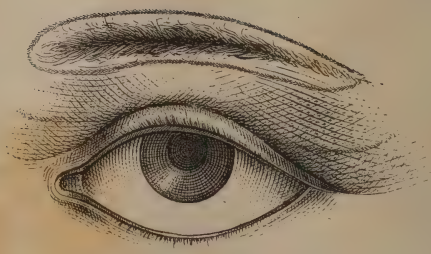
Los dos lábios separados que limitan la superficie sin piel en la parte superior de la ceja se unen separándolos con varios puntos insortijados. Si la distancia que los separa fuera mayor de uno y medio centímetros será conveniente disecar la piel frontal para de esta manera facilitar el deslizamiento y relacionar inmediatamente el lábio superior con la ceja;—hecha esta sutura la operacion está terminada.



(Fig. 1.)



(Fig. 2.)



(Fig. 3.)

1º En esta operacion el colgajo autoplástico tiene asegurada la vida, pues toma su nutricion por los dos extremos.

2º La piel de la ceja por sus vínculos de adherencia al reborde orbitario juega un gran rol en el proceder del Dr. Lagleyze.

En efecto, lucha suficientemente contra la traccion superior y sirve al mismo tiempo de apoyo al colgajo.

3º La armonía estética de la fisonomía se conserva mucho mejor que con cualquier otro proceder de los descritos, adaptables á este caso; además, las incisiones á causa de la direccion que llevan se confunden con los pliegues naturales.

4º El resultado jamás tiene el peligro de desviaciones ulteriores por retracciones consecutivas á la direccion de las incisiones.

Constanzo salió de alta en las condiciones que pueden verse en la fig. 3 con su córnea libre de los peligros de que estaba amenazada por la falta de su párpado protector,—asegurado por consiguiente el regular funcionamiento de su ojo;—además, el defecto físico quedó remediado.

Junio de 1890.

Chancro sifilítico de la trompa de Eustaquio

Por Benjamin T. Solari

Miembro del Círculo Médico Argentino

Hace mas ó menos tres meses he tenido ocasion de observar una enferma, cuya importancia clínica debe ser conocida ya que las alternativas para sentar un diagnóstico, que fué confirmado despues, fueron tan varias y prolongadas.

Se trataba de una mujer de 32 años, prostituta; presentábase al consultorio médico del Dr. Pujol solicitando asistencia á causa de una supuracion abundante que se escurria por la nariz y por la boca, acompañada de sordera del oído dere-

cho. Dicha supuracion habia aparecido hacia seis dias, habiéndola precedido la sordera.

Referia la enferma que cuando esta comenzó á llamarle la atencion los actos de la degluticion habian sido un tanto dolorosos, así como cuando abria forzadamente la boca. El dolor lo localizaba por la region de las fauces y hácia el ángulo del maxilar inferior.—Ningun otro dato se pudo obtener respecto de su estado; entonces se procedió á examinarla.

Haciéndole abrir la boca se notaba la mucosa de la retrocavidad de la farinje algo enrojecida, como inflamada, y en la pared posterior como surcos formados por pus concreto que descendia de la parte superior. Olor excesivamente fétido no solo á la espiracion sino tambien al exámen de la excresion nasal.

Exteriormente se notaban infartaciones ganglionares detrás del ángulo derecho del maxilar inferior; infartos no dolorosos entonces, pero que lo habian sido algunos dias antes, segun confesaba la enferma. El estado general se conservaba bueno, no habiendo sufrido perturbaciones desde el principio de la enfermedad. Solo acusaba diarrea y desórdenes estomacales atribuidos con razon á la abundante supuracion que deglutia durante el sueño y que muchas veces la despertaba sofocada.

Desde luego, se trataba, pues, de una afeccion localizada en la parte superior de la farinje, en las cercanías de la trompa de Eustaquio, la cual se presumió obturada por dicha lesion, dando lugar á la sordera: el exámen externo del oído y de la membrana timpánica solo hacia ver esta deprimida en su centro, debido sin duda al enrarecimiento del aire en la caja. La enferma misma rechazaba la suposicion de una lesion en la mucosa nasal, no observada tampoco al exámen con el especulum.

A este grado el exámen, procedimos á sondar la trompa. Ningun signo doloroso acusó la paciente á la introduccion de la sonda; sin embargo, pudimos apreciar al llegar al orificio de la trompa de Eustaquio, que el rodete fibroso que le circunda se hallaba engrosado y *endurecido;* que al penetrar en él, la enferma sentia una especie de gorgoteo en el oído y que, lue-

go, extraída la sonda, le parecia aumentada la percepcion del sentido correspondiente de ese lado.

El diagnóstico anatómico estaba desde luego hecho. Habia una lesion localizada en la entrada del conducto de Eustaquio, ó en el conducto mismo; lesion supuratoria en franco período, y cuya naturaleza comenzamos á sospechar.

Volvimos nuevamente á interrogar á la enferma y á hacer el exámen externo. Quince dias mas ó menos de enfermedad; seis dias de supuracion, sin que desde el comienzo se hubiera alterado su estado general, y ningun otro dato que pudiera servirnos de guia en el diagnóstico. Sin embargo, se trataba de una *prostituta*. Entonces vino á nuestra mente la idea de tanta práctica depravada y la posibilidad de una infeccion específica, robustecida dicha idea por la *no negativa* de la enferma á nuestras interrogaciones descubiertas.

Pero á pesar de esto, no nos atrevimos todavia á dar un diagnóstico cierto, respecto de la naturaleza de la lesion, seguros sin embargo, de que se trataba de un chancro. El chancro sifilítico no es raro en estas regiones, aunque por lo comun se observa en las partes mas externas de la farinje y de la boca, que oculto, allá, en un diverticulum lejano. Además, el chancro simple se encuentra en una proporcion inmensamente inferior.

En nuestro caso, los infartos ganglionares no faltaban, pero no eran dolorosos, lo que nos hacia suponer que no tendian á dar lugar al bubon. Y la uniexistencia y la falta de fajedenismo nos alejaban tambien del chancro blando.

Recojimos *quand même* por la nariz una cantidad de pus, con la cual hicimos en la enferma varias inoculaciones; con el objeto de esperar unos dias por ver si se producian otros chancros en los puntos inoculados, instituimos un tratamiento esencialmente higiénico, prescribiendo jeringatorios con el licor Van Swieten por las fosas nasales y gargarismos de clorato de potasa.

Pocos dias despues la supuracion disminuia y la lesion tendia á la curacion. Se curaba sola. Las auto-inoculaciones no

habian dado resultado. Sin embargo, los infartos ganglionares persistian, siempre indolentes, y el pecho, los flancos y las piernas de la enferma se hallaban cubiertos de roseola franca, lo cual daba todo su valor á nuestra presuncion.

De nuevo examinamos los órganos genitales, pero como afirmaba la enferma, no padecia ni habia tenido nunca un chancro en dichos órganos. Igual resultado nos daba el exámen del ano. Era entonces evidente que se trataba de un caso de sífilis adquirida por la boca y que un accidente primitivo, el chancro, habia aparecido en la trompa de Eustaquio.

En efecto, casi al mismo tiempo de la desaparicion de la roseola notamos la aparicion de placas mucosas en la cara interna de los lábios, en los bordes de la lengua, bajo la forma de pápulas y de placas lisas.

Alguna dificultad que acusaba la enferma en la degluticion nos hizo suponer la existencia de sifílides tambien en la retrocavidad de la farinje, lo cual comprobamos con un exámen detenido. Tal vez era debido á ellas la existencia continuada de la adenitis del ángulo del maxilar.

Una vez llegados á este grado de seguridad en la apreciacion de un estado que se hace á veces mucho mas difícil, el tratamiento específico fué rigorosamente instituido contando con la docilidad y la paciencia de la enferma,—y estos accidentes que habian aparecido con alguna intensidad han sido detenidos y dominados, y es de esperarse que la enfermedad, si evoluciona, no lo hará con su temible malignidad.

Respecto de la sordera, ella ha disminuido aunque no desaparecido por completo. Las insuflaciones de aire por el método de Politzer dan en este caso resultado, renovando á cada sesion el aire enrarecido en la caja timpánica, pues la induracion cicatricial del chancro obtura un tanto la trompa de Eustaquio, siendo necesario el sondaje continuado con el fin de procurar su dilatacion.

Junio de 1890.

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA GENERAL

—

Profesor Dr. R. Wernicke

—

PREDISPOSICION

Todo ser viviente tiene predisposiciones mórbidas; puede enfermarse. Cuanto mas simple es el organismo tanto menor es el número de predisposiciones posibles, número que aumenta con las variedades funcionales de células que se forman. Una espongilida no puede adquirir afecciones hepáticas; un vermes no puede sufrir enfermedades medulares; un ave no puede presentar lesiones de glándulas mamarias.

No podemos en este curso estudiar las diferentes predisposiciones mórbidas que se observan en la série animal; es cierto que estos estudios recien se ven como bosquejos, pero son desde ya tan atrayentes las formas de esos bosquejos, que os quisiera recomendar para mas adelante el estudio de ese punto. No ganareis con ello, pero os servirá para mirar desde otro punto de vista la mesa revuelta de la medicina del dia.

Si todo ser viviente puede enfermarse, deben poder enfermarse los organismos unicelulares, debe poderse enfermar el óvulo.

Desde el momento de la fecundacion, es decir, desde el momento en el cual se manifiesta por movimiento la vida del óvulo, puede éste ser atacado por enfermedades.

Se ha observado una vez un baccilo de la tuberculosis en un óvulo de conejo; no discutamos sobre si ese óvulo pudo ó no seguirse desarrollando, sobre si pudo llegar mucho mas allá de la formacion de la vesícula blastodérmica. Solo la observacion nos mostrará lo que sucede.

Si admitimos que el óvulo fecundado ya posee predisposiciones, con mucha mas razon deberemos admitir la existencia de predis-

posiciones durante la vida fetal; las diferentes faces del desarrollo del individuo intrauterino lo predisponen efectivamente á una serie de enfermedades que son imposibles de producirse en el hombre nato.

En el hombre nato es imposible la vida sin cerebro, es imposible la vida sin boca, sin ano, con vísceras abdominales completatamente eventradas, etc., etc.

Es cierto que la mayoría de estas lesiones responden á procesos inflamatorios que se han pasado durante la vida intrauterina, hasta el punto de que hay autores que solo admiten una enfermedad: la inflamacion, como enfermedad fetal.

Creo que cuando me ocupe de *teratología* (los monstruos y su formacion figuran en mi programa) os podré probar que además de la inflamacion, otros procesos mórbidos pueden y deben actuar sobre el feto influenciando su desarrollo.

Estando el feto en el claustro materno, solo en relacion indirecta y muy indirecta con el exterior, solo pocas de las causas mórbidas le alcanzan y solo le conocemos pocas predisposiciones; está, además, el pequeño número de predisposiciones explicado por la poca variedad *funcional* de las células; células de diferente forma, diferentemente agrupadas, pero que hasta el nacimiento en su gran mayoría no desempeñan mas funcion que la de multiplicarse ó crecer.

Para poder estudiar las predisposiciones segun edades seria muy conveniente que dispusiéramos de grandes materiales de estadística de morbilidad; por el número de enfermos que cada edad presenta, puede calcularse la cantidad de predisposiciones de cada época de la vida.

Desgraciadamente no poseemos hasta la fecha sinó datos sobre morbilidad general de algunos distritos muy pequeños, y tenemos que recurrir para estudiar la frecuencia de las enfermedades, á la estadística de las defunciones.

Cuanto mayor es el número de defunciones, tanto mayor es la cantidad de enfermedades para cada edad. Comprendereis á primera vista que esta conclusion solo tiene un valor aproximado. Las cifras que obtenemos de nuestros cálculos son solo aproximadas tambien; eso lo sabemos y eso debemos declararlo. Si usando de los datos con que contamos, construimos con las cifras de morta-

lidad que nos da una observacion de varios años para un centro de poblacion grande, un trazado gráfico de las defunciones segun edades y número, obtenemos una línea quebrada que empezando elevada en el primer mes de la vida, desciende hasta la edad de un año, sube luego la línea á un segundo máximo que corresponde á la época de 1 á 5 años, vuelve á bajar nuevamente para alcanzar el mínimum en la edad de 20 años, para subir desde esa época para adelante.

Es decir que nos muestra el trazado:

1° Que en el primer mes de vida mueren muchísimos, incluso los llamados *nacidos muertos*.

2° Que desde esa edad hasta la edad de un año mueren menos.

3° Que entre la edad de uno á cinco años vuelve á aumentar la mortalidad.

4° Que la menor mortalidad se observa alrededor de los 20 años.

5° Que desde 20 años para adelante vuelve á morirse la especie humana con mas facilidad.

No basta, para poder valorar bien las cifras tomarlas así no mas en absoluto (se mueren mucho menos personas de mas de cien años que personas de 20 á 30); es necesario tomar á esas cifras en su relacion con el número de habitantes de la edad de la cual se busca la mortalidad; necesitamos la mortalidad relativa.

Podria citaros las cifras que nos ofrecen las ciudades europeas; prefiero tomar los datos del censo de la ciudad de Buenos Aires, y si os trazo la línea de mortalidad para esta ciudad con las cifras que nos dan las listas de defuncion durante el período de tiempo comprendido entre el año de 1882 y 1887, veis que el trazado corresponde á lo que os he dicho, á pesar de influir en la mortalidad para alterar la normal, el gran elemento de la inmigracion,—y debemos suponer que los inmigrantes en su gran mayoría entre 15 y 40 años, son personas sanas.

¿Cuáles son y cómo se explican las predisposiciones segun las edades?

A nadie costará esfuerzo mayor explicarse la gran cantidad de niños nacidos muertos y muertos al nacer y durante el primer mes de vida.

Cualquier defecto orgánico que exista y que dificulte la circu-

lacion puede y debe manifestarse durante el nacimiento. Sabeis que durante el parto, el niño se halla sometido á una série de compresiones que no pueden ser indiferentes ó inofensivas sinó á los niños bien constituidos. Si teneis en cuenta todavia que el niño hasta no estar fuera del cuerpo de la madre se tiene que nutrir y mas especialmente que respirar al través de la placenta; que en cada contraccion uterina la circulacion en el útero y de consiguiente el cambio de gases en la placenta se dificulta;—que la placenta empieza á desprenderse ya al iniciarse el parto, concedereis que solo un niño con todos sus órganos bien constituidos y proporcional en sus dimensiones á la pelvis materna puede nacer sin haber sufrido ó sucumbido. El cambio de medio en el cual ha vivido, la impresion del aire atmosférico, el funcionamiento de los pulmones, el cambio de direccion del torrente circulatorio en el cual aparece por primera vez en funcion verdadera la circulacion pulmonar, todos esos son factores que deben obrar poderosamente sobre el hombre recien nacido. Si existe un órgano que no funciona bien, si no se adapta la membrana que debe cubrir al agujero oval, si no se coagula la sangre y no se retraen las paredes en el ducto de Botalli; si no se despliegan bien las vesículas pulmonares, si no se establece bien la circulacion en la cava inferior en la cual ya no desemboca la vena umbilical, si no cicatriza bien la herida umbilical, si no se seca sinó que se pudre el cordon, todas esas alteraciones compatibles con la vida, rigurosamente hablando, deben poder predisponer á una série de enfermedades, neumonias, congestiones, hemorragias, derrames serosos, etc, etc.

Si al producirse la correccion normal, esta pasa sus límites y se forman, por ejemplo, coagulaciones de sangre mas estendidas que las normales, estas formaciones deben dificultar la circulacion y producir las consecuencias de la rémora circulatoria.

En la lucha con los elementos que sobre el recien nacido actúan, en el primer mes de vida sucumben muchísimos; las predisposiciones consecutivas al cambio de modo de nutricion son la causa de la gran morbilidad de esa edad.

Desde la edad de un mes para adelante podemos admitir que la gran mayoría de los niños débiles han sucumbido á causa de las predisposiciones que en esa época presentan; solo quedan los de buena constitucion.

He usado la palabra *constitucion* y creo que es mi deber decir lo que por tal cosa entiendo, (no me gustan las definiciones que he visto en los autores).

Para mí la constitucion representa la cantidad de fuerza propia á cada individuo para entrar á la lucha por la vida. Los bien constituidos tienen mayores fuerzas, soportan mas. En una lucha prolongada ó extraordinariamente fuerte, puede deteriorarse la constitucion; se gastan las fuerzas que el individuo habia adquirido por herencia ó de otra manera.

Entre nosotros, por suerte, es aun sumamente frecuente, no puedo decir que constante, la lactancia materna; el niño que ya se ha habituado á respirar tiene su alimentacion natural; de ahí viene la disminucion de la mortalidad; el aparato digestivo que es en esa época de la vida el mas propenso á enfermarse no se vé maltratado y sus sensibilidades que lo predisponen á enfermarse permanecen latentes. Con todo, es necesario decirlo que en el primer año de vida son las afecciones del aparato digestivo las que mas abundan, las que mas matan. Mas ó menos á la edad de un año se ha terminado el destete; el niño ha tenido que habituarse á tomar otros alimentos que leche; persiste en esta época de la vida la predisposicion á afecciones del aparato digestivo. Como vereis, es lo mas frecuente observar que se usa de una alimentacion infantil irracional y no os estrañará que las predisposiciones existentes se manifiesten. El niño que ha empezado á moverse solo, que ya se traslada de un punto á otro sin ayuda de la madre se independiza de ella y empieza á esponerse á la inclemencia del tiempo, empiezan á sucumbir por eso los niños con aparato respiratorio defectuoso ó predispuesto.

Existe además, en todos los niños la predisposicion para una série de enfermedades infecciosas, especialmente las que llamamos exantemas agudos, sarampion, escarlatina y viruela; tambien la difteria. Las enfermedades infecciosas, las de los aparatos digestivo y respiratorio son las que producen el aumento de mortalidad para esa edad. Se ha hecho una nueva seleccion natural; ha sido eliminado un nuevo número de predispuestos, y de los niños que llegan á los 4 años puede decirse que son en general fuertes. El trazado gráfico nos lo prueba; á medida que nos alejamos del período de edad que dejamos, vemos disminuir considerablemente

la mortalidad, y suponemos con razon que en esa época de la vida hay pocas predisposiciones.

Llegamos ahora al período de la pubertad y vemos que en él vuelve á iniciarse un nuevo aumento del número de defunciones; en la pubertad empieza á funcionar el aparato genital; este sistema de órganos produce cambios en el organismo que aun no están bien definidos y que no pueden solamente clasificarse de debilitamiento á consecuencia de abstinencia, ó excesos, ó de masturbacion, aunque es seguro que los tres elementos citados pueden concurrir á debilitar el organismo.

El período de la pubertad y los años que inmediatamente le siguen son los períodos de las anemias y de la primera manifestacion de la predisposicion heredada ó adquirida á la tuberculosis.

El crecimiento rápido, al cual no todos pueden hacer frente asimilando por un buen aparato digestivo todos los elementos que el organismo necesita para formarse; ese crecimiento rápido puede dar y da lugar á que se construyan esqueletos defectuosos y órganos imperfectos.

Desde el completo desarrollo para adelante se nota un aumento gradual en la mortalidad, para nosotros morbilidad, aumento que aparece muy grande en nuestro trazado á causa de la gran cantidad de habitantes entre 20 y 40 años que nos trae la inmigracion.

En países ó pueblos con poco aumento inmigratorio esa parte del trazado sube gradualmente para llegar á su colmo en la senectud. En los viejos vuelve á haber tanta predisposicion como en los niños; no hay ya predisposiciones especiales casi: falta verdaderamente la fuerza del organismo para luchar con las influencias exteriores. El aumento de las afecciones cancerosas en la vejez bien puede ser tambien una consecuencia de esta falta de fuerza para reaccionar.

Lo mismo que con la edad, varia la predisposicion segun los sexos. No digamos que son mas frecuentes las afecciones de las mamas en la mujer que en el hombre; eso seria un dicho estúpido; las mamas del hombre no funcionan y están por consiguiente mucho menos expuestas; en ellas no puede haber alteraciones que

se liguen con su actividad. Tanto valdria decir que el hombre está mas predispuesto á las heridas porque han muerto, mueren y seguirán muriendo mucho mas hombres que mujeres en los combates, en las peleas y en las catástrofes, acompañantes de nuestras construcciones é industrias.

Parece que el sexo masculino tuviese mayor número de predisposiciones; de ahí ha querido deducirse que el hombre debe ser mas perfecto que la mujer.

Es un hecho observado en todas partes, de que nacen mas hombresque mujeres, mas ó menos 106 varones por 100 hembras. Al terminar el primer año de vida se ha restablecido el equilibrio.

Entre los nacidos muertos aun es mayor la preponderancia del sexo masculino: por cada 10 hembras que nacen muertas ó mueren al nacer sucumben de igual manera 14 varones.

Durante la niñez los dos sexos no presentan diferencia de predisposiciones.

En la pubertad y los años que le siguen la mujer sufre mas que el hombre; tambien son mayores los cambios que en la mujer se operan.

El útero aumenta mucho de volúmen, aparece la menstruacion, y empiezan las mamas á prepararse para servir alguna vez á la lactancia. Habrá que agregar además como productora de predisposiciones nuestra organizacion social que no permite á la mujer el satisfacer sus necesidades genésicas, y si bien es posible que muchas mujeres vivan sanas sin haberse podido satisfacer jamás, no me negareis que es lo mas comun hallar á las solteronas viejas con una porcion de quejas y particularidades de carácter y aun de cuerpo que no observamos en la mujer que es ó fué casada.

Es una observacion que todo médico ha podido hacer, que la mujer aguanta mucho mas que el hombre, se resiente menos de la consecuencia de fuertes sufrimientos, se repone con mucha mas rapidez, parece que las pérdidas periódicas sanguíneas habituaran á su organismo á regenerar mas pronto su sangre; sus convalecencias son mas cortas.

Se dice que las mujeres tienen con mas frecuencia cánceres que el hombre; tambien tienen mayor número de glándulas que funcionan.

Es mas frecuente hallar en las mujeres enfermedades que calificamos de nerviosas, pero debo advertiros que muchas veces calificamos de nerviosas á enfermedades con las cuales no sabemos qué hacer.

No me ocuparé de las predisposiciones mórbidas consecutivas al traje femenino, de las enfermedades que pueden venir por el uso del corset y cosas por el estilo. Al hablar de las predisposiciones profesionales veremos ejemplos que pueden servir para explicarnos las funestas consecuencias del traje irracional.

Si alguno de vosotros alguna vez ha tenido la curiosidad de mirar una tabla de defunciones agrupada segun la profesion de los difuntos, se le habrá impuesto la idea de que hay profesiones en las cuales se adquieren pocas, y otras en las cuales se adquieren muchas predisposiciones.

Las profesiones en las cuales se adquieren muchas predisposiciones las llamamos insalubres.

Las profesiones liberales son las menos peligrosas,—excepcion hecha de la nuestra que puede por circunstancias especiales imponer grandes esfuerzos al que la ejerce, esfuerzos á cuyas consecuencias se unen los peligros que derivan de la asistencia de enfermos contagiosos. En muchos hombres pueden quedar latentes ó desaparecer sin haberse manifestado las predisposiciones á enfermedades infecciosas por no haber actuado sobre el individuo el agente provocador de esas enfermedades; no sucederá eso fácilmente en el médico que puede adquirir de primera mano todos los agentes infecciosos.

La predisposicion puede ser general ó parcial, puede haber individuos con predisposiciones en todo sus órganos y tejidos, como hay individuos que solo tienen algun órgano muy predispuesto. Cuando hay solo un órgano con marcada tendencia á enfermarse, generalmente se trata de un órgano que ha sufrido anteriormente bajo algun proceso mórbido.

Los antiguos admitian la existencia de *loci minores resistenciæ*, la investigacion moderna ha mostrado que tenian razon hasta

cierto punto; para muchos casos conocemos las lesiones que originan esa predisposicion localizada.

Las profesiones predisponen á provocar enfermedades:

Por los esfuerzos que requiere el trabajo; la posicion en que hay que ejercerlo.

Por la naturaleza del material que se elabora.

Por la forma ó estado físico del material que se trabaja.

Por el local ó sitio en el cual se ejecuta el trabajo.

Por el esfuerzo que requiere el trabajo se cansan ciertos grupos de músculos, ó cierto grupo de células de la corteza cerebral, ó ciertos filetes nerviosos, ó sus terminaciones musculares que se han hallado en funcion por mucho tiempo seguido,—viene un período de hiperexitabilidad para esos órganos y resultan de ahí los *calambres profesionales.*

Conocemos el calambre profesional en los escribientes, telegrafistas, cigarreros, sastres, costureras, cajistas y otros que tienen que hacer una série de movimientos manuales que requieren alguna atencion.

La posicion en que se trabaja hay que reconocerla por sus movimientos en los zapateros y sastres — escolioticos ó gibosos — en los escribientes viejos con igual alteracion; las afecciones de la vision en las mismas profesiones; en los herreros y panaderos á consecuencia de los esfuerzos que hacen estando en pié se les doblan las rodillas, generalmente para adentro.

En muchas industrias, en muchas profesiones, es frecuente el contacto íntimo del que trabaja con materiales de mayor ó menor texicidad.

Los azogadores están espuestos á envenenamientos mercuriales, los cajistas, plomeros y pintores á la influencia de las sales de plomo. En las fábricas de fósforos, el fósforo evaporado; en las fábricas de colores de anilina, el arsénico volatilizado; en las fábricas de artículos de goma, los vapores de sulfuro de carbono; en las tintorerías los vapores de benzina provocan enfermedades de mas ó menos gravedad.

De todas las profesiones, las que mas insalubres se consideran son aquellas que obligan al trabajador á mantenerse contínuamente en una atmósfera cargada de polvo; el polvo mas peligroso es el que mas se produce, ese polvo penetra al árbol respiratorio, infla-

ma su superficie que se halla en contacto con el exterior, mantiene permanente esa irritacion y predispone al órgano para la invasion de los causantes de procesos destructivos crónicos.

Se desarrolla polvo peligroso en las siguientes profesiones: picapedreros, afiladores de muelas de molino, aguzadores y pulidores de agujas (ninguna compañía de seguros sobre la vida los admite; tampoco no quieren mineros, especialmente los de las minas de hulla).

Se exponen á llenar sus órganos respiratorios de polvo los molineros, los operarios de curtiembres, en telares, tornerias, carbonerias, fábricas de pólvora, etc., etc.

Pneumoconiosis: se dá este nombre á todas las afecciones del aparato respiratorio que resultan de la inhalacion de polvo. Se han distinguido la antracosis, la siderosis, la chalicosis y otras que no vale la pena enumerar.

Por el local ó sitio en el cual se ejecuta el trabajo suelen dañar algunas profesiones que por sí no serian de temerse; sastres y zapateros frecuentemente trabajan en gran número reunidos en locales estrechos y mal aereados.

Los panaderos y los fundidores se deben exponer á las irradiaciones de grandes focos calorígeros; los planchadores de sombreros se hallan encerrados con sus hornos en cuartos sobrecalentados; los trabajadores empleados en las canalizaciones y drenages chapalean agua todo el dia y por muchos seguidos; al cimentar hoy las grandes obras hidráulicas se necesita que el trabajador se exponga por horas enteras, y en una atmósfera confinada, á una alta presion atmosférica.

Basta esta corta exposicion de las predisposiciones profesionales.

Predisposiciones!—no son tales!—se les llama así erróneamente!

Se trata tan solo de causas comunes en ciertas profesiones que actúan sobre el organismo de los operarios, y causas á las cuales se tienen que habituar ó ceder. Confusion de causa y predisposicion, ó fusion de las dos cosas.

En las razas diferentes se podrán constatar casi tan bien como en las edades diferentes diversidad de predisposiciones; las predisposiciones que mas fácilmente se observan son las que se refieren á las afecciones infecciosas.

Nuestra raza indígena, los indios argentinos, han sucumbido en parte á las fuerzas del conquistador; en su mayoría á ciertas infecciones que él importára.

Los invasores españoles no solo civilizaron, sinó que tambien *sifilizaron* á la poblacion indígena. Aun hoy nos es posible observar cuán intensa es la predisposicion del indio á la viruela; raro es el tehuelche, ó araucano ó toba que atacado por ella no sucumba. Hace pocos años que nuestro gobierno dejó morir á cientos de prisioneros de guerra en la isla de Martin Garcia, y pudo una vez mas constatarse que un indio enfermo era un indio muerto.

Mas detalles podreis hallar en el trabajo del Dr. Penna sobre viruela entre nosotros.

Al enumerar razas de indígenas no he nombrado ni á los guaranís ni á los quíchuas; los descendientes de esas razas ya no se conservan en su estado de pureza; se ha introducido mucha sangre blanca y esa sangre ha modificado ó puede haber modificado sus predisposiciones.

Me ha parecido comun á todos los descendientes de indígenas una mayor predisposicion á la tuberculosis,—predisposicion que me parecia tanto mayor cuanto mas puro era el indio, no ocultándoseme la observacion que, cuanto mas puro, tanto mas salvaje, y por lo tanto menos capaz de cuidarse es el indígena.

Valdria la pena de levantar una estadística sobre este punto; yo conozco muchísimos pampas tuberculosos y solo pocos que no lo son.

Los negros se van acabando entre nosotros; en mi niñez,—ayer no mas,—conocia yo infinidad de negros; figuraban en nuestras tropas muchísimos; negras eran las lavanderas, las planchadoras, las cocineras; negros los pintores, los pasteleros, etc, y hoy solo vemos negros como cocheros y una que otra negra de servicio. La tuberculosis y la viruela se han consumido á su prole; las lesiones cardiacas que diezman á los adultos han reducido en mucho el procreo.

Los negros son menos propensos que los blancos á la fiebre amarilla; quizá la única predisposicion que supo exterminar el tiempo en esa raza desgraciada.

Todos nuestros estudios sobre predisposicion etnica recien están iniciados; no existe siquiera una recopilacion completa ó aproximadamente completa, de los hechos hasta la fecha observados ó publicados.

TERAPÉUTICA

MEDICACION FEBRÍFUGA

Profesor: Dr. Justiniano Ledesma

Leccion de los dias 7 y 10 de Junio de 1890

I.—La medicacion febrífuga ó antipirética es la accion terapéutica que tiene por objeto satisfacer la indicacion mórbida que deriva del estado febril.

La fiebre está caracterizada por la elevacion de la temperatura del cuerpo, la alteracion de la circulacion que la hace mas ó menos rápida, el pulso mas frecuente, que modifica la tension y la capacidad de la sangre en las arterias segun el período en que se la considera, que disminuye las secreciones, etc.

Se debe preferir la denominacion de medicacion febrífuga ó antipirética, á la mas moderna de antitérmica, pues que la fiebre ó pirexia es el elemento mórbido reconocido y éste como hemos visto es complejo, aún cuando el aumento de la temperatura es el hecho mas característico.

Los antipiréticos por otra parte no disminuyen la temperatura fisiológica y sí tienen el poder de deprimir notablemente la *temperatura febril*, ó sea la fiebre.

El aumento de la temperatura no es la causa de la enfermedad, no es tampoco su proceso ó evolucion: él es el resultado de

cambios que la causa mórbida provoca en el organismo: es un síntoma.

Existen pirexias, ó faces de ellas, donde las alteraciones del pulso ó de las secreciones pueden presentar indicaciones mas primordiales que la elevacion de la temperatura. Otro tanto sucede con la causa ó la naturaleza de la enfermedad, que prevalece sobre el grado de calor, como sucede en las fiebres intermitentes, en el reumatismo, etc.

Existen á la vez medicamentos antifebriles, cuya accion es mas marcada sobre la circulacion ó sobre las secreciones que sobre la temperatura, como la dijital, el acónito, los antimoniales, la antipirina y sus análogos, ó que ejercen su accion antitérmica por medio de modificaciones vasculares presididas por el sistema nervioso.

Es digna de nota la correlacion de accion que existe entre los antipiréticos y los analgésicos. La quina, salicilatos, antipirina y sus análogos, acónito, veratro, colchico, reunen estas dos acciones. Su efecto fundamental seria sobre los centros sensitivos, que produciria una sudacion nerviosa, cuyo resultado es la disminucion del dolor, de los actos reflejos, de los movimientos y de las modificaciones vasculares que deprimen la circulacion yla fiebre.

Hemos dicho que la fiebre se caracteriza principalmente por una elevacion de la temperatura del cuerpo. Hayem establece en su definicion que es la temperatura central la que se eleva en la fiebre. Nosotros diríamos con preferencia la temperatura general. Esto tiene por fin no exceptuar los casos de enfriamiento periférico durante la fiebre, como en el escalofrio, en el colapsus. Y alejar los casos de elevacion de temperatura en las inflamaciones locales, en las estremidades ó en la superficie (flemones), no aceptando la fiebre sino cuando la elevacion de temperatura se extiende á los órganos centrales, aún cuando haya enfriamiento

periférico. Es sabido que en algunas flegmasias con fiebre (neumonia) hay una mayor elevacion de temperatura del lado enfermo sobre el sano, la que puede derivar sus indicaciones terapéuticas, pero la fiebre debe ser medida en parajes centrales y alejados del foco inflamatorio.

En clínica se observa la temperatura en el áxila ó en el recto, habiendo por lo general medio grado mas en esta última region, y medio grado menos de lo que nos daria la sangre en los órganos mas centrales de la produccion del calor, las glándulas y los músculos.

La temperatura del hombre en el áxila es aproximadamente de 37°, dos decígrados mas ó menos. Ella es uniforme en el estado de salud, y varía poco en los diferentes climas y estaciones, elevándose mas bien en el invierno por la mayor actividad muscular, mayor alimentacion y mayores combustiones. En los climas cálidos la transpiracion y evaporacion del sudor regula la temperatura.

No sucede lo mismo con la temperatura observada en las diferentes horas del dia; entonces las diferencias son notables. De 37° á 37°4 que presenta el hombre en las horas de la tarde, desciende á 36°, 36°5 en la noche y las primeras horas de la mañana.

Esta diferencia no es un simple efecto de la alimentacion y del trabajo durante el dia, ni del reposo de la noche, pues se observa la misma alternativa en los hombres que por sus ocupaciones cambian sus horas de alimentacion y que hacen de la noche dia, trabajando durante ella y descansando durante el dia. Veo en este hecho una influencia cósmica cuya explicacion no me es dado precisar.

Sucede algo análogo en las enfermedades febriles. En ellas la temperatura se eleva mas á la tarde y desciende en las horas de la noche cualquiera que sea el régimen dietético.

A partir de 37°5 á 38° se puede aceptar el estado febril. La temperatura asciende en el hombre enfermo hasta 43° y 43°5. Estas pueden ya ser incompatibles con la vida y perte-

necer en ciertas enfermedades al período agónico. Serian compatibles con la vida y posible la curacion, solamente cuando su duracion sea efímera, como en un acceso de fiebre intermitente.

La duracion de la elevacion térmica tiene una gran importancia en patología y en terapéutica. Las temperaturas de 42° y 41° no son tan graves cuando duran pocas horas, pero serán irresistibles mas allá de 24 horas continuadas. La medicacion lleva tambien en estos casos indicaciones especiales por la sustraccion directa del calórico por medio del frio (baños, lociones, aplicaciones de hielo) y la estimulacion del sistema nervioso cuyas funciones están desequilibradas, hay ataxia y adinamia. La modificacion del terreno patológico para la actividad de los gérmenes tal vez no sea estraña á la medicacion.

En este sentido se puede aceptar que una temperatura constante por algunos dias en 40° es mas grave y requiere una intervencion terapéutica mas urgente que una elevacion momentánea á á 41° ó 42°. La hiperpirexia isoterma es una de las faces mas graves en las fiebres y uno de los mejores triunfos de los baños frios.

Respecto á su forma las fiebres se pueden distinguir: 1° En intermitentes, cuando la fiebre se eleva y desaparece á intervalos regulares. El calor y la apirexia pueden así ser bicotidianos, cotidianos, ó renovarse bajo la forma terciana, cuartana, etc. Es general en estas fiebres intermitentes palúdicas que la exacerbacion se presente por la mañana.

2° Las fiebres remitentes, en las que no hay hora de apirexia, pero sí una diferencia bastante notable entre la temperatura máxima y la mínima del dia, de dos á tres grados, por ejemplo 38° á la mañana y 40° á 41° á la tarde, ó vice-versa.

3° Las fiebres contínuas con remisiones débiles entre la mañana y la tarde, de 0,5 á 1°, ó sea por ejemplo, de 39°5 á 40°, ó 40°5.

Entre las fiebres llamadas contínuas hay algunas, como la fiebre tifoidea, que suelen presentarse bajo una forma intermitente

mas ó menos regular, ó bajo una forma remitente. Lo mas frecuente es que estas formas se diseñen solamente en el período de defervescencia con una diferencia bastante notable de dia en dia, caracterizándose mejor por su continuidad durante el período estacionario.

Los medicamentos antipiréticos ejercen mas fácilmente su accion cuando está próxima una remision. Pero entonces no son tan necesarios como para evitar una gran exacerbacion de la fiebre. Cuando hay hiperpirexia bajo la forma isoterma ó de línea horizontal al trazado, suelen ser insuficientes y requieren el auxilio de los baños frios para romper la continuidad.

Estos medicamentos son capaces de invertir la forma de la intermitencia ó de la remision. La quinina cuando es administrada por la mañana hace bajar la temperatura de la tarde y puede resultar entonces que la temperatura de los dias siguientes sea mayor por la mañana que por la tarde. Igual resultado se observa cuando se dá la antipirina ó los baños frios en la tarde y la noche y no se los renueva por la mañana.

II.—¿Cuál es la evolucion de la fiebre? Siendo esta efecto y no causa, veamos como se produce para estudiar despues las causas probables de su desarrollo ó su etiología.

Varios son los hechos observados y las teorías.

La fiebre es el resultado del aumento de combustion en la célula organizada, en los tejidos. Esto está demostrado por el aumento en la produccion y en la eliminacion de los productos de esas combustiones, por un lado la urea, como expresion de la escrecion azoada, la que aumenta en la fiebre en proporciones variables, pero que pueden llegar al doble en algunas pirexias, es decir, elevarse de 30 á 60 gramos.

La eliminacion de la urea que se verifica principalmente por la orina y la piel no representa mas que un décimo de las combus-

tiones orgánicas; ella marcha algunas veces paralelamente con la intensidad de la fiebre (Huppert).

La escrecion de los productos de combustion azoada es la mas fácil de seguir en clínica por su investigacion en su principal emuntorio, la orina. Su aumento ha sido observado por Naunyn y Jaccoud precediendo los síntomas exteriores de la fiebre, el escalofrio, el incremento de la temperatura, desde dos hasta diez y ocho horas. Su disminucion se anticipa á la defervescencia febril revelada por el termómetro y baja la cantidad de urea de la normal durante el primer tiempo de la apirexia (Jaccoud). Las investigaciones de Charvot han dado un resultado contrario: el aumento persistia muchos dias despues de la defervescencia.

La eliminacion del ácido carbónico ha sido encontrada aumentada por la mayoría de los investigadores. Ella se efectúa principalmente por el pulmon, y en menor escala por el riñon y la piel.

Este aumento es de 20 á 30 por ciento sobre la cifra normal en las fiebres mas elevadas.

Para completar estas observaciones y demostrar que tanto la elevacion de la cifra de la urea, como la del anhidrido carbónico son el resultado de un aumento en las combustiones orgánicas, era necesario estudiar el consumo de la materia comburente, del oxígeno. Y esto se ha verificado dando por resultado (salvo las observaciones de Werthein) un aumento en el consumo del oxígeno, el que seria utilizado en las oxidaciones que dan por resultado el aumento de la temperatura.

El consumo de oxígeno y la exhalacion de ácido carbónico seguirian la misma proporcion que en el estado fisiológico. Pero la cantidad de ácido carbónico eliminado no sigue una marcha paralela á las oscilaciones de la temperatura.

No habiendo relacion exacta, ni aún aproximada, entre la cantidad de urea y de ácido carbónico eliminado y la elevacion de la temperatura; no habiéndola tampoco entre sus variaciones y las oscilaciones de la temperatura durante el curso de una misma pirexia, es natural buscar en otros actos el complemento ó la explicacion de estas diferencias.

Las modificaciones que la circulacion hace experimentar á la distribucion de la sangre en la periferia, ya aumentando su propulsion y su tension, ya estrechando ó dilatando las arterias, por la accion vaso-constrictora y vaso dilatadora, nos suministran un dato importante que tiene su explicacion en la pérdida de calórico por la superficie del cuerpo y por la mucosa pulmonar.

La condicion á este respecto para producir un mayor cúmulo de calor es la accion vaso-constrictora, que tiene su manifestacion mas evidente durante el escalofrio de la fiebre. La sangre se acumula en el interior del organismo, dando así mayor pábulo á las oxidaciones, los vasos contraídos alejan la sangre de la superficie, privando así á ésta de uno de los medios de refrijeracion y de regulacion térmica.

Sin embargo, esto no sucede en todas las faces de la fiebre, no sucede en la reaccion. Y las investigaciones calorimétricas hechas por Liebermeister han demostrado un aumento de la irradiacion, de la pérdida del calor del cuerpo durante la fiebre.

Este resultado es contrario á las ideas de Traube, de Marey, de Senator y Winternitz que sostienen que la fiebre es el efecto de la disminucion de las pérdidas de calórico por la piel, debido á la accion vaso-constrictora.

Cuando la temperatura se mantiene elevada á pesar de una pérdida mayor de calor por la piel, por irradiacion y aún por la evaporacion del sudor, es prueba de que las combustiones orgánicas están en toda su actividad y que este hecho es primordial en la produccion de la fiebre. Las pérdidas de calor por las superficies obrarian solamente como reguladores de la fiebre.

Las experiencias recientes de Maragliano, tenderian sin embargo á confirmar las investigaciones hechas por Winternitz, hace

cerca de 30 años. Maragliano por medio del pletismógrafo de Mosso, ha encontrado que cada elevacion de temperatura es precedida de una contraccion de los vasos periféricos, con disminucion consiguiente de la pérdida de calor y por lo tanto, acumulacion y elevacion de la temperatura. Despues de la administracion de los antipiréticos, el mismo observador y Queirolo, han encontrado que los vasos se dilatan antes del descenso de la temperatura, la pérdida del calor es entonces mayor y la fiebre cae.

Estos experimentos por exactos que sean no pueden anular en absoluto el resultado del aumento de las combustiones y solo pueden ser aceptados como factores coincidentes ó auxiliares para el mismo fin.

Estos diferentes actos vasculares que regulan la temperatura del cuerpo, son presididos por el sistema nervioso. Se ha fijado como centro de accion un punto de la médula oblongada muy próximo á los cuerpos estriados.

III.—Nos resta estudiar ahora las causas de la fiebre, es decir, su patogénia.

¿Por qué influencia se excita el sistema nervioso para producir la accion vaso-constrictora y disminuir la pérdida de calor, acumulándolo en el organismo?

¿Por qué causa la célula orgánica entra en combustion exagerada, consume mas oxígeno y se consume ella misma aumentando los resíduos orgánicos, urea, ácido úrico, ácido carbónico, etc?

Hemos dicho que el sistema nervioso interviene notablemente en el proceso febril. Su irritacion puede producir un aumento de la temperatura, ya sea estimulando la combustion de la célula, ya principalmente produciendo turbaciones vaso-motoras que impidan la irradiacion del calor.

Hemos observado lesiones medulares, en casos de fracturas vertebrales sin herida exterior (y por lo tanto sin comunicacion

con la atmósfera ú otros medios que pudieran hacer intervenir causas extrañas), en las que se han producido elevaciones de temperatura en las zonas presididas por la inervacion y en region opuesta á la parte lesionada.

Este ejemplo y otros de eretismo nervioso nos prueban que los centros nerviosos por sí solos elevan la temperatura ó que la exacerban en las afecciones febriles.

Pero la intervencion aislada de los centros nerviosos es un fenómeno inconstante que no produce verdaderas afecciones febriles. El gran grupo de las fiebres como el tifus, la malaria, la viruela, la escarlatina, el sarampion, las fiebres inflamatorias como el reumatismo, la neumonia etc., reconocen una causa exterior llamada *infeccion*.

El frio como causa piretógena ha perdido su antigua importancia, la neumonia *á frigore* reconoce hoy un gérmen morbigéno. Sin embargo, se puede aceptar aún, que el frio suprimiendo la traspiracion, ó impresionando los centros nerviosos, ó por una concentracion brusca de la sangre sobre estos centros, desarrolle la fiebre.

El gran número de las principales afecciones febriles reconoce una causa infecciosa, un contagio y su marcha regular, cíclica, traduce la presencia de un gérmen viviente en el organismo. Este gérmen ó microbio ha podido ser aislado é identificado y su inoculacion ha reproducido la enfermedad febril con todos sus caracteres.

La introduccion de sustancias sépticas ó pútridas en el organismo, la inyeccion de estos mismos líquidos en los animales, determina la septicémia ú otros estados infecciosos con gran elevacion de la temperatura.

Los resultados que nos ofrece el tratamiento antiséptico y la práctica de la antisepsia en las operaciones quirúrgicas, evitando la fiebre en las heridas mas sérias, cuando antes sin esta práctica era un hecho ordinario y de consecuencias gravísimas; nos proporcionan una demostracion evidente de que la infeccion es la causa de la fiebre: *sublata causa tolitur efectus.*

Los anestésicos suprimiendo el dolor en estas mismas operaciones, evita la irritacion de los centros nerviosos, elimina otra condicion de exacerbacion febril, y de debilidad y falta de resistencia por estenuacion nerviosa.

Todos estos hechos nos prueban á la evidencia la intervencion de los centros nerviosos, pero principalmente la de los gérmenes infecciosos en la produccion de la fiebre.

¿Cómo y dónde obran estos gérmenes para desarrollar la fiebre? ¿Es sobre los mismos centros nerviosos á manera de los alcaloides? ¿Es sobre la célula orgánica, atacándola, oxidándola, consumiéndola para su proliferacion, como sucede en la fermentacion alcohólica?

Son estas cuestiones que no podemos resolver.

IV.—Conocido el proceso febril y su patogenia, veamos ahora cómo se comporta la medicacion respecto á él y cuál es el rol de los diferentes agentes y medicamentos febrífugos.

Debemos advertir que aquí nos ocuparemos casi esclusivamente de su accion sobre el fenómeno principal del elemento fiebre, pues nuestro método de estudio nos ha demarcado en el programa otro sitio para considerar los modificadores de la nutricion, de la circulacion y de las secreciones.

Pero antes de entrar á este estudio vamos á considerar una cuestion previa: ¿La fiebre debe ser combatida ó respetada? ¿El proceso febril es útil ó es perjudicial al organismo?

Finkler, Stokvis y algunos mas sostienen que la fiebre es un movimiento de reaccion del organismo, destinado á combatir la

causa mórbida; que es un acto de defensa, favorable por lo tanto en la enfermedad.

Nosotros no opinamos de esta manera. Consideramos que la fiebre marcha á la par con la causa mórbida, que ella debilita el organismo, lo consume, trae como consecuencia directa la pérdida de la resistencia vital contra las causas exteriores de destruccion, produce la ataxia, la adinamia, vicia la secreciones, impide la depuracion orgánica, agota los jugos dijestivos é impide la asimilacion.

Los medicamentos antipiréticos, disminuyendo la fiebre por actos fisiológicos ó destruyendo la causa mórbida, impiden estas complicaciones, restablecen el funcionamiento normal del organismo.

¿Cómo puede ser la fiebre una defensa contra la causa mórbida, si ambas contribuyen por igual á aniquilar el organismo?

¿No se vé á los antipiréticos que abatiendo la fiebre mejoran todos los síntomas mórbidos? ¿No se ha probado que ellos calman el sistema nervioso irritado, que ellos destruyen á su vez los gérmenes patogénicos?

Pienso que es indudable la accion benéfica de los antipiréticos en el estado febril. Lo esencial es saber satisfacer bien la indicacion y esta es la importancia del estudio de la medicacion. Conocer el antipirético que mejor conviene á cada estado mórbido, á cada enfermedad y á cada enfermo; no exagerar las dósis para no hacer peligroso el medicamento.

Se ha argumentado que la fiebre es una manifestacion favorable, porque se observan casos de los mas graves en las pirexias que se presentan sin elevacion de temperatura.

Reconozco el hecho. Son casos de intoxicacion aguda, de sideracion del sistema nervioso, en los que por la intensidad de la infeccion ó por el estado de depresion individual no permiten la reaccion febril. Son las formas perniciosas.

Estos casos se presentan por lo regular en individuos que padecen lesiones graves del sistema nervioso, del corazon ó del pulmon y en los que al iniciarse el proceso febril, experimentan una depresion mortal con enfriamiento, por falta de oxigenacion ú otras causas.

Cuando la fiebre se presenta por el contrario en personas sanas y robustas, entonces el peligro reside en la intensidad misma del proceso febril.

Pero de ahí á creer que la fiebre es una manifestacion benéfica, hay mucha distancia. Para que haya incendio es necesario que exista el combustible en condiciones de quemarse, pero eso no quiere decir que se debe dejar producir el incendio.

Los casos mas benignos de fiebres son aquellos en que la fiebre es poco elevada, ó si es elevada sus ascensiones son poco sostenidas, tienen una marcha regular y ceden fácilmente á los antipiréticos.

Cuando los febrífugos conducen estas enfermedades con una temperatura moderada y un pulso regular, vemos tambien los casos mas benignos y de una convalecencia rápida.

La medicacion febrífuga se ha enriquecido notablemente en el dia. Hasta hace pocos años no se contaba mas que con la *quina*, la dijital, el alcohol, el arsénico, el frio. Antes de conocerse estos agentes, los antiguos la satisfacian con los sudoríficos, los vomitivos, los purgantes, los diuréticos, las sangrías, el ópio, etc. Hoy tenemos los nuevos y poderosos antipiréticos de la serie aromática: el ácido salicílico y los salicilatos, la kairina, la talina, la antipirina, la antifebrina, etc., etc.

A pesar de ser estos últimos mas rápidos y algunas veces mas poderosos en su accion, de una administracion mas fácil, la quinina conserva su cetro y es el remedio sin igual para las fiebres palúdicas.

Los antipiréticos tienen su accion principal en el estado febril donde pueden hacer descender la temperatura de muchos grados (tres á cinco grados), mientras que no son antitérmicos para el calor normal. Se observa en efecto que la temperatura fisiológica no experimenta variacion bajo la influencia de ellos á dosis moderadas, ó que la misma temperatura oscila apenas de algunos decígrados en mas ó en menos.

A dosis tóxicas producen depresion, parálisis, enfriamiento, pero en grado mucho menor que los narcóticos ó que los medicamentos paralizantes y vasculares.

Los medicamentos antipiréticos tienen su orígen en el empirismo. Su conocimiento ha sido hasta cierto punto fortuito. Su valor relativo solo es revelado por la observacion.

La farmacodinamia ha estudiado despues el detalle de su accion. Los medicamentos de la serie aromática se ensayan en la fiebre á medida que se descubren, pero solo la clínica puede asignarles su verdadera importancia.

Solamente la observacion y la clínica han podido dotarnos de febrífugos curativos como la quina para las fiebres intermitentes y el salicílato para el reumatismo. La experimentacion viene despues.

La accion antipirética se ejerce en las fiebres de las diferentes maneras que vamos á exponer:

1º *Por accion germicida.*—Destruyendo los microbios causa de la enfermedad. Hiriéndolos en su vitalidad ó modificando el terreno donde deben proliferar. Esta accion se encuentra apoyada por las propiedades antizimóticas de algunos febrífugos sobre varias sustancias susceptibles de fermentacion. Tienen así comunidad de accion con los medicamentos antisépticos, los que en su mayor parte tienen propiedades antipiréticas y vice-versa.

Cuando los febrífugos actúan por accion germicida tienen propiedades curativas verdaderas, que se diferencian de las propiedades simplemente antipiréticas que disminuyen la intensidad de la enfermedad y facilitan su marcha favorable. Así, por ejemplo, la quina cura la fiebre palúdica, la detiene en su marcha, mientras que no ejerce mas que una accion atenuante sobre la fiebre tifoidea.

Cada uno de los antipiréticos antisépticos obran mejor sobre un gérmen que sobre otro. Hay fiebres que ceden á uno y no á otro

de estos febrífugos. La quina puede así considerarse el específico del paludismo, el ácido salicílico el del reumatismo. El mercurio y el iodo de la fiebre sifilítica.

En otros casos no se puede determinar *à priori* cual es el antipirético que actuará con mas seguridad, conocimiento que solo puede suministrarnos la observacion y la experimentacion clínicas, para cada caso.

La quinina hace desaparecer muy rápidamente el *plasmodium malaricum* de Laverán y es así el agente profiláctico y curativo de la fiebre intermitente. La misma quinina es sin accion sobre las espirilas de Obermeier y sobre la enfermedad que estas producen: la fiebre recurrente.

2° *Por accion sobre las combustiones orgánicas.*—Los febrífugos de este grupo actúan sobre el proceso orgánico mas esencial en la fiebre. Ellos pueden disminuir las oxidaciones de la célula por una modificacion de la albúmina celular segun Rosbach. Pueden aumentar el poder de retencion del oxígeno en la hemoglobina, atenuando de esta manera la misma oxidacion y destruccion de la célula. La misma disminucion del acceso del oxígeno á los elementos celulares se produce por la accion de los antipiréticos sobre la circulacion y la respiracion, retardando la frecuencia de estas funciones, modificando la oxihemoglobina, rebajando el número de glóbulos y la tension de la sangre.

Las dos primeras modificaciones pertenecen á la quinina. Al mismo tiempo que deprime la temperatura, modera la circulacion y la respiracion; salva á los tejidos de un degaste rápido, por lo que se la ha llamado medicamento de ahorro.

Las otras se reparten entre los salicílatos, la antipirina, el alcohol, el fenol, la resorcina, la kairina, etc.

3° *Por accion sobre la emision de calor.*—Estos febrífugos tienen por efecto aumentar la irradiacion del calor por la superficie del cuerpo. Esta accion se realiza por intermedio de los nervios vasomotores presididos por un centro regulador de la temperatura que tiene su asiento en un punto de la union del bulbo con la protuberancia. Los medicamentos antipiréticos de-

primen la actividad de este centro y resulta una accion vaso-dilatadora. La sangre afluye en mayor cantidad á la periferia y cede su calórico al medio exterior.

Este acto es de gran valor y basta observar el poder de adaptacion del organismo á medios de muy diversa temperatura, para darnos cuenta de su importancia.

Pero la regulacion del calor tiene que marchar así en armonía con su produccion, y solo el sistema nervioso puede dirigir en justas proporciones estos actos correlativos. Los antipiréticos que desarrollan esta accion conjunta de disminuir la produccion y de activar la pérdida de calórico, están en todo su poder y pueden ser considerados como febrífugos de accion directa.

4º *Por sustraccion de calor.*—El frio, bajo las diferentes formas de baños, lociones, afusiones, aplicaciones de hielo, etc. llena este modo de combatir la fiebre. En las hiperpirexias es el agente mas heróico y muchas veces los otros antipiréticos necesitan de su auxilio para tener eficacia.

No es solamente la sustraccion de calor la que obra favorablemente en las fiebres. La impresion del frio sobre el sistema nervioso pone en movimiento los actos reflejos y los fenómenos de reaccion.

A la primera accion de rechazar la sangre á los órganos internos, y aumentar así su temperatura y sus combustiones, sucede el reflujo á la periféria, la dilatacion vascular y la pérdida de calor.

La estimulacion de los centros nerviosos embotados por la fiebre, determina una sensibilidad mayor en ellos y una direccion mas regular de las funciones de nutricion y calorificacion. Por eso la observacion nos demuestra sus principales indicaciones en la adinamia y la ataxia.

El enfriamiento del cuerpo ofrece un terreno menos favorable para la multiplicacion de los gérmenes mórbidos. Es así un verdadero agente antiséptico.

Vemos pues que el frio bajo el anuncio de un simple instrumento de accion física, nos ofrece una influencia compleja é im-

portante que lo coloca al lado de las acciones febrífugas que hemos clasificado antes.

5° *Por accion sudorífica.*—Los sudoríficos tienen una accion antipirética por la evaporacion que se produce en la periferia del cuerpo, lo que le sustrae gran cantidad de calórico.

Es uno de los modos como terminan espontáneamente algunas fiebres, si bien hay otras en que se combinan la alta fiebre y el sudor.

En las fiebres agudas por enfriamiento, la sudacion por medio del calor ó de los medicamentos sudoríficos, es uno de los mejores tratamientos en su principio.

En los medicamentos del tercer grupo hay algunos como los salicilatos y la antipirina que acompañan su accion febrífuga con el efecto sudorífico, sin que éste le sea necesario para efectuar su accion antitérmica.

6° *Por sustraccion de sustancia del organismo.*—Los sudoríficos entran en este grupo. Tenemos además todos los hipercrínicos: vomitivos, purgantes, diuréticos, etc. Tenemos la sangría. Todos ellos obran privando al organismo de sustancia para sus combustiones, sobre todo de los glóbulos en la sangría. Actúan tambien eliminando la causa mórbida.

Los principios sépticos eliminados por los vomitivos y purgantes pueden ser causales de la enfermedad ó simplemente materias en descomposicion que alimentan la proliferacion de los gérmenes mórbidos.

Estos depletivos no tienen un gran poder febrífugo directo; sirven mas bien para preparar la accion de los verdaderos antipiréticos.

La sangría especialmente, deprime la fiebre de una manera muy desigual. Debe usarse con la mayor moderacion, pues segun el antiguo axioma *sanguis moderatur nervorum*, priva de su sinerjia al sistema nervioso y al organismo de la materia de su nutricion. La fiebre se eleva con frecuencia en mayor grado despues de una emision sanguínea, cuando su indicacion y oportunidad no ha sido perfectamente llenada. Su aplicacion por otra

parte deriva mas de un exceso de presion intravascular que del estado febril.

Los hipercrínicos son muy útiles en el estado febril para restaurar el funcionamiento de las glándulas y mantener la depuracion del organismo. Las bebidas realizan este fin.

7º *Por privacion de alimentos.*—Los alimentos producirian una exacerbacion del proceso febril, aumentando las combustiones, acelerando y dando mayor presion á la circulacicn. Pero al mismo tiempo nutren y reparan la destruccion de los tejidos operada por la fiebre, en mayor grado que en el estado fisiológico.

En la fiebre disminuye el apetito y los jugos dijestivos. Hay necesidad de disminuir la alimentacion y de injerirla bajo formas fácilmente absorbibles.

El organismo requiere alimentos para suplir á las pérdidas y para tener fuerza de resistencia. Si ellos no suministran el combustible, arde y se consume mas rápidamente la célula viva.

El régimen alimenticio debe conformarse á estos principios. Así se vé que la alimentacion proporcionada y aún en ciertos casos la super-alimentacion moderan la fiebre.

Graves queria que se inscribiera en su tumba «*He fed fevers.*» «Alimentó en las fiebres.»

8º *Por el reposo del cuerpo y del espíritu.*—Además de las nociones que nos suministra la fisiología sobre la influencia del movimiento y de los trabajos intelectuales en el aumento de las combustiones, la aceleracion del pulso y de la respiracion, la mayor oxigenacion, el aumento de las pérdidas por hipercrínia, la patología nos enseña tambien la accion desfavorable de las emociones morales que excitan el sistema nervioso, de los movimientos que exageran funciones que deben mantenerse en calma y producen pérdida de sustancia sin reparacion correspondiente, ó exceso de combustiones sin la depuracion necesaria.

Es esta una verdad principalmente aplicable á los estados febriles y en especial en sus faces de agudez.

El reposo físico é intelectual es por lo tanto una indicacion pri-

maria, que hace parte del régimen de las fiebres y que con una dieta conveniente son suficientes en los casos leves.

Su aplicacion oportuna y metódica prevendrá complicaciones ulteriores, al mismo tiempo que la necesidad de ocurrir á otros agentes de la medicacion.

Los medicamentos depreso-motores, el ópio, los bromuros, la antipirina, la antifebrina etc., que obran de un modo análogo; son útiles en las pirexias con síntomas de ataxia del sistema nervioso.

9º *Calmando el sistema nervioso*, en los casos de sufrimiento, dolor, insomnio.

Estos diferentes estados pueden determinar por sí solos un movimiento febril. Pero es sobre todo por la exacerbacion que producen sobre la fiebre en distintas pirexias, que puede satisfacerse su indicacion mórbida por los narcóticos, el ópio, los analgésicos nervinos, bromuros, cloral, y la antipirina y antifebrina, etc, que reunen esta accion á su efecto antipirético.

10. Por irritacion periférica.—Esta cuando es débil actúa de una manera análoga al frio. Provoca los reflejos y despierta el sistema nervioso; produce la reaccion que termina por la sudacion y puede determinar la crísis del estado febril en su principio.

Mas intensa, la revulsion por el dolor é irritacion cutánea, obra tambien por accion refleja, produciendo la contraccion de los vasos en los órganos inflamados. Combate la inflamacion y al mismo tiempo la fiebre.

Este medio como se vé, es mas aplicable á las flegmasias, donde los febrífugos tienen una accion menos acentuada. Se observa con frecuencia en las neumonias y otros estados inflamatorios, que un vejigatorio produce una caída de la fiebre tan notable, como no la producian los antipiréticos.

Y ya que hablamos de pirexias y flegmasias, diremos que estos estados se complican mútuamente; que hay flegmasias limitadas, poco estensas, donde todo el peligro y toda la indicacion está en la hiperpirexia, que se domina por los medicamentos antipiréticos y la hidroterapia.

V.—Los antipiréticos pueden clasificarse segun su importancia, su actividad, su rapidez de accion y su mayor ó menor inocuidad.

Los diferentes observadores no están completamente de acuerdo sobre esta cuestion; unos han obtenido mejor resultado con un medicamento que con otro; cada clínico tiene sus preferencias. Sin embargo, reuniendo el mayor número de observaciones se puede establecer el siguiente órden:

1° *Segun su importancia*—Quina. Salicílato sódico. Antipirina. Antifebrina.

2° *Segun su actividad.*—Kairina. Talina. Antifebrina. Antipirina. Salicílato. En las fiebres palúdicas es siempre mas poderosa la quinina.

3° *Segun su rapidez de accion.*—Mismo órden.

4° *Segun su duracion.*—Igual al siguiente.

5° *Segun su inocuidad.*—Quina. Salicílato. Antifebrina. Antipirina. Fenol. Resorsina. Talina. Kairina. Las últimas son las mas tóxicas; producen alteraciones en la sangre y la cianosis.

Cada uno de estos antipiréticos tiene una accion mas marcada en una pirexia que en otra. En ninguna tienen la especificidad de accion tan pronunciada como la quina para la fiebre malárica y el salicílato para la fiebre reumática, el mercurio y el iodo para la fiebre sifilítica.

Sin embargo, en algunos casos raros rebeldes al salicílato, la antipirina ó la quinina obran mejor, aunque las recidivas son mas frecuentes.

En la fiebre tifoidea no se puede establecer una regla absoluta. Algunas veces baja mejor la fiebre la quina, en otras el salicílato, en otras la antipirina ó el fenol.

En las flegmasias, la neumonia, ó la fiebre tuberculosa del pulmon, tiene por lo general la antifebrina ó la antipirina una accion mas segura que la quinina ó el salicílato. En las mismas inflamaciones el acónito la dijital, el autimonio moderan de un modo notable la fiebre.

He observado un caso de erisipela de la cara con hiperpirexia, en el que ni la quinina, ni la antipirina pudieron romper el alto nivel de la fiebre, la que cedió á las primeras dosis de salicílato sódico.

Es por esto que antes que exagerar las altas dosis de un antipirético, conviene mas ensayar otros de los mas reputados.

Es tambien útil alternar durante la enfermedad estos mismos febrífugos, siempre que den buen resultado. Así se obtiene mayor accion, se evita la asuetud y la accion acumulada algunas veces penosa, de una misma sustancia.

En la fiebre tifoidea, por ejemplo, se da una dosis de quinina por la mañana, para evitar la fuerte exacerbacion de la tarde. Si esto no es suficiente se administra en la tarde el salicílato, la antipirina, ó los baños. Se practican enemas con fenol y bicloruro de mercurio. Este conjunto de medios da mejor resultado y es mas inofensivo, que la insistencia en un solo agente febrífugo.

La ventaja de la quina reside en su propiedad mas marcada de moderar las combustiones, sin alterar ni desoxigenar la sangre; es un verdadero agente de ahorro y un tónico, lo cual no sucede con los otros antipiréticos que carecen á la vez de accion antiperiódica.

Los antipiréticos deben administrarse teniendo presente la rapidez de su accion, con la anticipacion necesaria para que el máximum de efecto coincida con la exacerbacion febril.

Algunos autores aconsejan al contrario darlos de modo que su accion recaiga en las horas de remision natural de la enfermedad. Pero como hemos hecho notar ya, es mas necesario, es mas útil evitar una reagravacion de la fiebre, que exagerar la remision.

Pongamos el caso de una fiebre que empieza á elevarse notablemente desde las 10 a. m. hasta las 5 p. m. Que los antipiréticos que vamos á usar (salicílato, antipirina) ejerzan su efecto de las 2 á las 4 horas de su administracion. Entonces será necesario

repartir la dosis diaria en tomas á las 8, á las 11, á las 2 y á las 5 p. m; de esta manera se junta la accion de cada fraccion de dosis y se disminuye la exacerbacion.

Este modo de administracion es el mejor para los febrífugos que no llevan otro objeto que moderar cada exacerbacion febril. Pero cuando se trata de febrífugos de accion curativa, no se sigue la misma regla.

Entonces se va á obrar sobre el fondo ó causa de la enfermedad y la hora del acceso febril no es la hora de administracion del medicamento.

Si se trata de una fiebre reumática, no hay importancia en averiguar la hora de exacerbacion de la fiebre ó del dolor. Se da desde luego el salicílato sódico.

Los médicos del siglo XVII, contemporáneos del descubrimiento de la accion febrífuga de la quina (Sydenham), habian descubierto que la corteza del Perú ejercia mejor su accion cuando era administrada lo mas alejada del acceso febril; que cuando era dada cerca ó durante el acceso no modificaba á éste sino al acceso siguiente.

Este fué un hecho clínico, de perfecta observacion. Sin embargo la escuela fisiológica, habiendo encontrado que la quinina manifestaba toda su accion á las 4 ó 6 horas de su administracion, reformó el método de Sydenham, de Bretonneau y Trousseau, aconsejando dar la quinina 4 á 6 horas antes del acceso. Este es el método de Augé y de Gubler.

Mas tarde los estudios demostraron por la observacion termométrica, que antes del acceso, antes de su primera manifestacion el escalofrío, la fiebre se elevaba paulatinamente desde 2 horas antes á 37°5, 38°, 39° y 40° cuando ya estallaba el escalofrio. Contando este período preliminar anticiparon de dos horas mas la administracion del febrífugo. Debia darse ocho horas antes del acceso.

Mas recientemente se ha descubierto que aún antes del principio de la elevacion febril, el análisis de la orina permite reconocer un incremento de urea eliminada, que traduce un aumento de

combustion orgánica que prepara el acceso. Este incremento en la urea se anticipa de dos horas para las fiebres cuotidianas, de 4 á 6 horas para la tercianas y de 12 á 18 horas para las cuartanas.

De modo que, como dice Jaccoud, si se da la quinina 6 horas antes del acceso aparente, el escalofrio, se la da realmente en pleno acceso y el antiperiódico no modificará este acceso sino el siguiente, que sobreviene 30 horas, dos ó tres dias mas tarde.

Se vé pues, el efecto remoto que tiene la quinina sobre los accesos, y á mi modo de ver ni el tiempo marcado por el principio en el incremento de la urea, es suficiente para explicar este efecto tardío.

Pienso que la quinina obra directamente sobre los gérmenes esféricos de la malaria, para destruirlos y evitar su multiplicacion, que es lo que determina el incremento de las combustiones orgánicas, el incremento de la urea, y el acceso febril.

De este modo se explica el hecho de observacion clínica, de administrar la quinina lo mas lejos posible del acceso futuro para que dé los mejores resultados; de este modo se explica la necesidad de continuar el uso de la quinina despues que han desaparecido los accesos y el incremento de la urea, para evitar su repeticion; de este modo se explica la accion profiláctica indudable de la corteza del Perú.

Vamos á entrar ahora al estudio particular de cada uno de los agentes de la medicacion antipirética, de sus propiedades, á insistir sobre sus efectos fisiológicos, sus relaciones con los efectos terapéuticos, su dosaje y modo de administracion, condiciones indispensables de conocer para obtener de los febrífugos el mayor éxito posible.

UN CASO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA

Por el Dr. Julio Mendez

Presidente del Circulo Médico Argentino, Médico del Hospital San Roque

He tenido ocasion de observar durante algunos dias en mi servicio del Hospital San Roque un caso de hérnia diafragmática, seguido de autopsia, cuya historia y protocolo de la necrópsia publico en este articulo, considerándolo de mucho interés bajo el punto de vista clínico por las dificultades que ordinariamente presenta su diagnóstico y por la contribucion que aporta á este genero de lesiones la autopsia detallada de un nuevo caso.

Las hernias diafragmáticas comprenden toda dislocacion de vísceras abdominales en la cavidad toráxica al través del diafragma, sean ó no provistas de un saco herniario. Las primeras son siempre acompañadas por el peritóneo, la pleura, ó ambas membranas á la vez, y se llaman hernias verdaderas, constituyendo en número la mas pequeña parte de las hernias diafragmáticas, mientras que las sin saco, es decir, las que hacen irrupcion en el tórax atravesando el peritóneo, el diafragma y la pleura, son denominadas hernias falsas. Su número es mucho mayor, y se presentan en frecuencia, segun la estadística de 252 casos hecha por *Leichtenstern*, en 212 casos con relacion á 28 de hernias verdaderas.

La mayor parte se producen en la mitad izquierda del diafragma, pudiéndose atribuir esta frecuencia sobre el lado derecho á la presencia del hígado que proteje el músculo en esta parte. La porcion carnosa del diafragma y tambien el borde izquierdo del centro frénico son los puntos en donde generalmente se rompe el músculo, siendo en cambio excesi-

vamente rara la perforacion del centro frénico ó el paso de la hernia al través de los orificios naturales del músculo.

Los órganos dislocados son en órden de frecuencia: el estómago, el colon transverso, el gran epiplon, el bazo, el intestino delgado, el lóbulo izquierdo del hígado, etc. La mayor parte de las veces son dos ó mas órganos.

Las hernias adquiridas, prescindiendo de las congénitas que no he tenido en vista aquí, son producidas casi siempre por traumatismos, tales como heridas penetrantes del tórax ó del abdómen, por armas de fuego ó armas blancas, por golpes, caídas, contusiones. La posibilidad de que sean producidas por esfuerzos, vómitos frecuentes, parto, etc., debe ser mirada como problemática, y solo en casos que haya disposiciones especiales del músculo: adquiridas, y sobre todo congénitas.

Siguen generalmente una marcha crónica pudiendo contar períodos hasta de 15, 20, y aún como el caso de *Grottenschütz* de 52 años, sin producir la muerte, y muchas veces sin dejar reconocer su existencia por síntoma alguno. Otras veces la muerte es rápida, ya por la extrangulacion de la hernia, por compresion del corazon y pulmon, produciendo la asfixia, ó por lesiones concomitantes de órganos importantes.

Los síntomas varían en cada caso y no tienen carácter particular ninguno dependiendo de la manera rápida y lenta como se produce la hernia,—de los órganos diversos que pueden constituirlo, de la presencia de gases, ó del contenido variable de líquido en su interior, etc.

No me estenderé mas allá de los límites de este lijero resúmen sobre hernias diafragmáticas suficientes para apreciar los datos que van á leerse, pero enunciaré de paso las dudas que hacen oscuro su diagnóstico.

El neumotórax, una de las afecciones con la cual mas parecido presenta por los síntomas á que da lugar, es y ha sido frecuentemente confundido. Las causas traumáticas que dan orígen á la hernia, pueden tambien producir el neumotórax. La percusion y la auscultacion, la deformacion del tórax, la desviacion de los órganos vecinos, etc.

La pleuresia crónica con derrame y la hernia conteniendo líquido, como en el caso de que trato, son de un diagnóstico difícil sinó imposible.

En el enfermo, como se verá, dados los antecedentes y síntomas que presentaba, el diagnóstico fué establecido desde el primer dia como un caso de *adherencia parcial del estómago á la pared toráxica, y gran derrame pleural izquierdo.*

Historia—José Rodriguez Balverde, español, 23 años, soltero, marinero, entró á este hospital el 8 de Mayo del corriente año, ocupando la cama Nº 10 en la sala 2ª.

Antecedentes—No ha tenido ninguna enfermedad que le obligára á guardar cama hasta hace seis meses en que recibió dos puñaladas, una en el costado izquierdo á la altura del séptimo espacio intercostal y de la línea axilar posterior, y otra en la region lumbar derecha.

Fué en esa época atendido en el servicio de cirugía de este hospital, donde al cabo de un cierto tiempo (no sabe precisar) cicatrizaron sus heridas y fué dado de alta.

Desde entonces no ha sentido novedad alguna en el estado de su salud y continuó en su puesto de marinero hasta hace una semana, en que fué atacado por vómitos frecuentes, entrando en este estado al hospital.

Estado actual. Mayo 8. El enfermo presenta un color pálido, fisonomía demacrada, círculos cobrizos alrededor de los ojos, comisuras labiales deprimidas hácia abajo y afuera. Reposa en la cama, preferentemente sobre la espalda izquierda, pudiendo cambiar de posicion sin esfuerzo. No se queja de dolor alguno. Lengua húmeda, limpia. No tiene apetito. Temperatura normal. Vómitos frecuentes, constituidos por leche en parte coagulada, en parte líquida, lanzada casi inmediatamente de ser tomada, y por un líquido que mantiene en suspension copos color rojizo sucio, de olor desagradable.

Abdómen deprimido. Constipacion desde hace una semana.

Orina muy poca: algunos 40 cc, color amarillo oscuro; no tiene albúmina.

La punta del corazon late al nivel del quinto espacio intercostal derecho, al lado del borde derecho del esternon. A la auscultacion, ruidos normales. Pulso pequeño regular, depresible.

Pulmon derecho, normal á la percusion y auscultacion.

Pulmon izquierdo, gran matitez en toda la parte posterior, desde el vértice hasta el noveno espacio intercostal. Igualmente por la parte anterior, continuándose con la matitez del corazon y del hígado.

Ausencia total de vibraciones. A la auscultacion silencio absoluto. Ritmo respiratorio normal. No hay dispnea.

Se ordena una enteroclisis de 1 litro de agua. Gran deposicion de materias fecales normales. Píldoras de òpio.

Mayo 10—Los vómitos han disminuido de frecuencia hasta hoy que cesan completamente. El enfermo se encuentra mejor y toma durante el dia varios vasos de leche.

Mayo 12—A las 6 de la tarde temperatura 39º.

Los dias siguientes la temperatura oscila entre 38º por la tarde y 37º por la mañana.

El 18 temperatura normal.

El 19 se levanta algunas horas; al dia siguiente reaparecen los vómitos con la misma intensidad que al comienzo y se continúan hasta el 25. Materia vomitada: líquido con coágulos rojizos de olor fétido.

El 25 á la hora de la visita el enfermo se encuentra en completa postracion; contesta difícilmente. Se le hace una inyeccion de éter, y pocos momentos despues muere por síncope.

Autopsia—Mayo 26 á las 10 de la mañana:

En la inspeccion exterior se encuentran manchas violáceas producidas por la hipostasia. Al nivel del séptimo espacio intercostal izquierdo y de la línea axilar posterior, una cicatriz de 7 centímetros color morado oscuro. Hay otra cicatriz de 9 centímetros en la region lumbar derecha al nivel del riñon.

A la abertura del tórax y abdómen se presenta el corazon situado al lado derecho del mediastino. Pericardio normal. El músculo disminuido de volúmen, y las paredes ventriculares mas delgadas que normalmente ofreciendo un color rojo oscuro. En el orificio mitral una placa ateromatosa blanca opaca, de 2 centímetros de longitud, ocupando el borde de una de las válvulas. Los demás orificios normales. En la pared de la aorta, á la altura del borde libre de las válvulas sigmoideas, otra placa ateromatosa idéntica á la ante-

rior, situada con su mayor diámetro perpendicular al de la arteria.

Pulmon izquierdo completamente retraido, sin aire en sus alveolos, formando una masa carnosa de consistencia blanda, de color rojizo en forma de lámina, de 2 centímetros de espesor por 20 centímetros de largo y 18 centímetros de ancho; ocupa la parte anterior interna y superior de la cavidad pleural, uniéndose por algunas lijeras adherencias pleurales á la pared toráxica al nivel del segundo y tercer cartílago costal izquierdo.

La gran cavidad de la pleura del mismo lado está ocupada por el estómago, el colon transverso y todo el gran epiplon. El estómago ha penetrado al través de un agujero del diafragma de forma ovoidea de 8 centímetros de largo, á 6 centímetros del borde izquierdo del centro frénico, en su porcion muscular, á cuya abertura presenta adherencias laxas las dos extremidades del ansa del colon. El estómago, llenando casi en totalidiad la cavidad toráxica izquierda, ha sufrido una torsion sobre la cara anterior de la curvadura menor, de tal modo que se presenta á la vista por su cara posterior estando la gran curvadura en relacion con la pared toráxica, la clavícula y el mediastino.

Esta cara está cubierta en su porcion externa é inferior por el colon transverso formando ansas y el epiplon que aparece por entre ellas; en la parte superior é interna, por la lámina del pulmon, dejándose ver solamente en la parte superior externa, de un color rojiso, con vasos fuertemente inyectados.

El órgano está grandemente dilatado y lleno por un líquido cuya cantidad es de 4 1/2 litros, color caoba, con copos en suspension y de olor aliaceo. La mucosa estomacal, turbia y tumefacta en parte, semi-macerada, presenta en mas de la mitad de su extension manchas aterciopeladas color rojo-oscuro, gruesas, sobrepasando en espesor las otras partes. Al corte se vé que están formadas por sangre extravasada, ocupando el tejido submucoso.

El colon está vacío en toda la extension del ansa no ofreciendo la mucosa nada de particular sinó en los puntos que

adhieren á la abertura del diafragma, donde toma un color violáceo y está reblandecida.

El epiplon es muy delgado, estando completamente privado de grasa.

En el abdómen, la porcion cardial y pilórica del estómago; el colon ascendente, cerca del hígado, sigue el borde inferior de éste oblícuamente hácia arriba y á la izquierda hasta penetrar en la abertura diafragmática, y de allí desciende el colon descendente tambien oblícuamente, hasta ocupar su posicion normal cerca de la S ilíaca.

El hígado aumentado de volúmen está lijeramente dislocado hácia arriba y á la derecha por su lóbulo izquierdo, mientras que el derecho se encuentra descendido. Al corte, los acinos se presentan rojos al centro y amarillos blanquizcos en la periferia.

El bazo, pequeño, cápsula arrugada, está inmediatamente en contacto con el extremo izquierdo del agujero diafragmático. Al corte, pulpa rojo-oscura, de consistencia blanda, folículos visibles.

Ambos riñones un poco aumentados de volúmen, cápsulas no adherentes, sustancia cortical y central rojo-oscura, folículos no apreciables.

El intestino delgado ocupa su sitio normal.

Cerebro: los vasos meníngeos muy inyectados, lijero edema en la aracnoides.

Diagnóstico—Hernia diafragmática, gastro-cólica epiploica. Gastritis crónica. Hemorragia estomacal. Desviacion derecha del corazon. Retraccion total del pulmon izquierdo. Congestion pasiva esplénica. Congestion de ambos riñones. Infiltracion grasosa del hígado. Congestion y edema meníngeo.

Buenos Aires, Junio de 1890.

Sobre la reseccion temporaria y parcial de la bóveda del cráneo

Por el Dr. Juan B. Justo

Cirujano del Hospital de Crónicos

En la asamblea científica del 20 de Junio de 1890, hablando sobre esta cuestion, dijo el Dr. Justo lo siguiente:

El enfermo que aquí presento es interesante por la operacion que en él se ha llevado á cabo. Hasta ahora, cuando por una razon ó por otra era necesario abrir la caja del cráneo, se lo conseguia por medio de la trepanacion, es decir, por el sacrificio de una parte de las paredes craneales. Ese sacrificio era definitivo porque, como lo demuestra la fisiología patológica tanto en la clínica como en la experimentacion, las pérdidas de sustancia del cráneo no se reparan, lo que no nos asombra dado el conocimiento que tenemos del débil poder osteogénico de la dura-madre y del pericráneo. Se comprenden todos los inconvenientes de una conducta semejante al quitar á una parte del cerebro sus medios de proteccion naturales. Para salvarlos se ha ideado la operacion que he practicado en este muchacho, la cual al mismo tiempo que da el espacio suficiente para estirpar un tumor meningeo ó cerebral, para abrir un abceso, para destruir adherencias meningeas ó cicatrices corticales, para extraer un derrame sanguíneo y ligar la meningea media, etc, deja las paredes del cráneo en su estado de integridad. Desde 1863, Wolff propuso la reseccion osteoplástica del cráneo, y la practicó con éxito en los animales, pero sus observaciones quedaron olvidadas y hasta fines del año pasado nadie volvió á ocuparse del asunto. En el número del «Centralblatt für Chirurgie» del 23 de Noviembre de 1889, Wagner, cirujano de la ciudad alemana de Königshütte, propone categóricamente la reseccion temporaria de la bóveda del crá-

neo en lugar de la trepanacion, da un método operatorio basado en sus ensayos en el cadáver y refiere la historia de un enfermo en que la ha practicado para estraer un hematoma subdural y ligar la meníngea media. Desgraciadamente ese operado murió al dia siguiente á causa de las lesiones primitivas, y no se pudo juzgar el valor real de la operacion.

En los meses de Abril y Mayo del corriente año se me han presentado dos ocasiones, que no he desperdiciado, de hacer la operacion en cuestion. La primera en el niño que está aquí presente, y que podemos considerar como el primer caso en que la operacion ha sido hecha con éxito, aunque mas no sea bajo el punto de vista operatorio; la segunda en un hombre, que no he podido retener hasta hoy en el hospital para presentarlo tambien á Vds. y del cual me limitaré á hacer referencias.

Este niño de 7 años de edad es, como Vds. ven, de un desarrollo satisfactorio; desde hace dos años ha tenido pequeños ataques convulsivos, que se han hecho frecuentes é intensos de seis meses á esta parte, despues de una caida de cuatro varas de altura en que se luxó la extremidad interna de la clavícula izquierda. Esos ataques que á las diez de la mañana, hora de la consulta en el Hospital de Crónicos, se habian producido ya en número de 4 á 5, presentaban los caractéres de los ataques de epilepsia, sin que las convulsiones fueran mas notables en una parte del cuerpo que en otra. En Abril, cuando ví al enfermo por primera vez, tenia ya una hemiparesia del lado derecho, y sus funciones intelectuales estaban tan deprimidas que correspondian á las de un imbécil. En la esperanza de mejorar tal vez el estado del paciente, le hice el 29 de Abril la reseccion temporaria de la bóveda del cráneo al nivel de la porcion superior de las circunvoluciones centrales del lado izquierdo. Hice, como Vds. ven, una incision circular incompleta en su parte inferior, donde quedó el pedículo limitado lateralmente por dos pequeñas incisiones verticales. Cortadas las partes blandas hasta el periostio, seccioné éste al nivel de la piel retraida, separé lijeramente sus lábios por medio de la espátula, y tomando el escoplo seccioné con él el hueso en toda la porcion circular de la herida, en bisel á espensas de

la lámina interna del fragmento así circunscrito. Entónces con un escoplo mas angosto dirigido trasversalmente por una de las pequeñas prolongaciones verticales de la herida, seccioné el puente óseo que aún quedaba, sin lesionar el pedículo suprayacente de las partes blandas. Pude levantar en seguida el colgajo osteo-cutáneo, y doblando el pedículo, hacerlo descansar sobre las partes vecinas del cráneo. No observé nada de anormal en la dura-madre á descubierto, ni despues de incindirla en las circunvoluciones cerebrales accesibles. No creyendo deber llevar mas léjos mi intervencion reapliqué el colgajo adaptando bien el fragmento óseo resecado que media 4.5 centímetros de diámetro vertical por 3.5 centímetros de diámetro traversal; establecí el drenaje y suturé las partes blandas.

Las consecuencias de la operacion fueron sencillísimas: la herida se reunió por primera intencion; la temperatura máxima fué de 38°3 al segundo dia. Hoy la consolidacion del fragmento óseo temporariamente resecado es indudablemente definitiva. Los resultados operatorios han sido, pues, inmejorables, no así los terapeúticos, porque desde el tercer dia despues de la operacion los ataques epilepticos han reaparecido, y ahora son tan frecuentes como antes; el estado general del enfermo ha decaido mucho, y podemos pronosticarle en breve plazo una terminacion fatal.

El otro enfermo en que he practicado la reseccion parcial y temporaria de la bóveda del cráneo ha sido un francés de 34 años de edad, que entró al Hospital de Crónicos el 29 de Abril ppdo. El dia 13 del mismo mes, encontrándose en el partido de Junin, iba por el campo á caballo, cuando unos gauchos lo acometieron, lo echaron al suelo, y lo golpearon repetidas veces en la cabeza con el cabo de sus rebenques, produciéndole una herida del cuero cabelludo en la eminencia parietal derecha. Quedó sin sentido en el sitio por espacio de dos horas, pudiendo al fin montar á caballo y volver á su casa; ya no podia hablar ni mover el brazo derecho. En los dias sucesivos la herida se cicatrizó, pero como los fenómenos paralíticos persistian, el enfermo vino á esta ciudad en busca de curacion. A su entrada al hospital el enfermo presentaba ade-

más de la cicatriz del cuero cabelludo una afasia atáxica bien caracterizada, y una hemiplegia del lado derecho. Recordaba el sentido de las palabras, pero las pronunciaba tan mal que su lenguaje era completamente ininteligible. La hemiplegia facial era muy acentuada; la mano y la muñeca estaban completamente paralizadas, la supinacion y la pronacion eran imposibles; el codo y el hombro presentaban cierta capacidad funcional. La parálisis del miembro inferior derecho era muy poco marcada, la marcha era fácil y la planta del pié solo rozaba lijeramente con el suelo. Estos fenómenos paralíticos estaban tan acentuados como el primer dia, segun el enfermo. El 7 de Mayo hice la reseccion temporaria de la bóveda del cráneo al nivel del centro de Broca y de la porcion inferior de la circunvolucion central anterior; creía muy probable la presencia en ese punto de un derrame sanguíneo que diera orígen á todos los síntomas observados. La operacion fué casi idéntica á la del caso anterior, y el colgajo cortado oblongo de pedículo hácia abajo; la seccion del hueso delgado y compacto de la fosa temporal fué difícil, y solo conseguí levantar con el cuero cabelludo una parte de lo que me habia propuesto resecar. Sobre la dura-madre encontré un exhudado amarillento; las otras meníngeas estaban algo inyectadas; no encontré nada mas de anormal, y limité en ese punto mi intervencion. Reapliqué el colgajo y lo mantuve despues de establecer el drenaje. La marcha del operado fué completamente satisfactoria; su estado general fué siempre muy bueno, la herida se reunió casi toda por primera intencion, en el tercio superior del colgajo se formó, sin embargo, una escara superficial, seca, aséptica, que desprendí el 8 de Junio, quedando una pequeña superficie granulosa formada por las capas profundas del dérmis. A los cinco dias de la operacion reaparecieron los movimientos de la mano y del puño, y el enfermo empezó á hablar mas claro; doce dias despues la fuerza de flexion de la mano derecha era de once kilógramos; por fin, cuando el operado salió del hospital hablaba bastante bien y su mano derecha daba 22 kilógramos al dinamómetro de presion, al mismo tiempo que los pliegues de la mitad derecha de la cara habian reaparecido. Es difícil explicar la desaparicion en este caso de los

fenómenos paralíticos como consecuencia de la operacion, desde que ésta fué exclusivamente exploratriz.

Las dos observaciones expuestas permiten establecer algunos preceptos operatorios. En primer lugar, la incision de Wagner en forma de la letra griega omega Ω es preferible á la que yo he hecho, pues deja mas vasos arteriales para la nutricion del colgajo; además, el pedículo no debe tener nunca ménos de 2 1/2 á 3 centímetros de ancho. La lijera mortificacion que sobrevino en el colgajo de mi segundo operado fué debida indudablemente á que el pedículo solo tenia dos centímetros de ancho, y era al mismo tiempo demasiado largo.

El uso del escoplo en la cirujía del cráneo está lejos de ser una novedad; es el instrumento que empleaba Celsio, y el que prefieren hoy los operadores alemanes, y Tillaux entre los franceses.

—

El Dr. Justo presenta dos esquirlas que extrajo en el enfermo cuya observacion es la 3ª de las que publicó en el número de Marzo del corriente año de los «Anales del Círculo Médico Argentino»; y el líquido de un hidrosele antiguo (8 años), en que flotan numerosos cristales de colesterina.

CORRESPONDENCIAS

ACCION TERAPÉUTICA DEL SULFONAL

—

París, Mayo 28 de 1890.

Señor Redactor de los *Anales del Círculo Médico Argentino.*

Seguro estoy de que Vds. que son tan experimentadores y que con tanto ardor aceptan los medicamentos nuevos que

van acompañados de la fama y ventajas del sulfonal no habrán dejado de emplear este agente, sin esperar mayores pruebas que las de los prospectos ó una que otra publicacion alemana, y mas rara, francesa.

Habrán Vds. dicho: hé aquí un medicamento que sin los inconvenientes del cloral ó la morfina hará dormir á un cardiaco; conviene, pues, emplearlo.

Los unos habrán obtenido buenos resultados; negativos ó perniciosos los otros; de ahí el abandono y desprecio de éstos por el temor, y la alabanza de aquellos por su fortuna. Esto con justa y lógica razon, por cuanto aunque el medicamento tiene ya año y medio de vida no se conocia su accion terapéutica, ó mas propiamente, su empleo patológico.

Voy á hacer un lijero extracto de lo que he visto, leído ú oído al eminente profesor G. Sée, sobre este gran medicamento, como la última palabra, por hoy, á este respecto.

El sulfonal, sin gusto ni olor, es un medicamento que hace por estas condiciones facilísima su administracion á los niños y á los alienados.

Los ácidos no lo atacan; el jugo gástrico disuelve 1 por 200; se disuelve en 250 partes de agua caliente y en presencia de 2 por 100 de sal de cocina; se hace mas soluble en el agua á 50 grados; de aquí, pues, la inmensa importancia que hay de dar antes ó despues al enfermo una taza de agua caliente, ó mejor aún, una lijera infusion aromática de tilo por ejemplo.

Mezclado con saliva y puesto al calor durante 4 horas no modifica su accion sacarificante. Tampoco tiene accion sobre los jugos gástrico é intestinal: por consiguiente no debe alterar la digestion, lo que por otra parte está probado; viene á ser un excelente medio terapéutico, dado que podemos emplearlo en cualquier período de la digestion.

Si se dá, por ejemplo, un gramo, que es la dosis general, se produce el sueño al cabo de una hora durando toda la noche, y los enfermos por la mañana se encuentran bien pero pueden estar despejados ó continuar durmiendo por la mañana, por la tarde, ó aún por todo el dia, no habiendo por esto que alarmarse, siendo fenómenos que pueden presentarse alguna

vez y sin mayor ulterioridad. Sin embargo, es bueno saber que hay tambien accidentes sérios, en los casos de contraindicacion, y son vértigos, otras veces síncopes. Un individuo con 75 centígramos tuvo accidentes terribles. Una vez pasada su accion no se encuentran sino mínimas porciones en la sangre, y poquísimos centígramos en el intestino; luego su accion póstuma es nula. La eliminacion del ácido sulfúrico por las orinas no se modifica; por último no altera la digestion ni tiene influencia en las demás secreciones.

Dejando á un lado una parte de la historia bien interesante, por cierto, de los experimentos hechos en Alemania, Italia y Francia, que Vd. por otra parte bien conocerá, solo transcribiré la parte mas interesante, reduciéndome á lo estrictamente relativo á mi objeto, pasando en revista las enfermedades en que se ha ensayado y los resultados que se han obtenido.

Se decia: hé ahí un enfermo que no duerme: démosle sulfonal. Qué inmensos servicios podría prestarnos, y cuánto nos agradecerian esos pobres cardiacos que pasan noches y noches sin dormir con su dolor!

Kast parece haber sido el primero que lo empleó en los cardiacos, observando que no tenia accion sobre el corazon, no alterando el pulso ni la respiracion que permanecian tal como antes. Hache ha obtenido efectos notables. Langarde y Rabó lo dieron y continuaron con éxito. Luego viene la observacion de un individuo de 61 años, afectado de angina de pecho, que no aliviándose con el nitrito de amilo—del que piensa y dice el profesor G. Sée que como veneno es número uno y como medicamento número quince,—se le administra el sulfonal á la dósis de 2 gramos y se producen accesos terribles.

G. Sée recomienda precauciones en su empleo y lo prescribe en las arteriosis. J. Muller lo ensaya en un disneico y no obtiene resultado. En la insuficiencia mitral, ni la tos, ni la disnea se curaron y el enfermo tuvo excitacion. Selhallé lo ha ensayado en 50 enfermos, de los que 13 que no dormian eran cardiacos 7; en ninguno tuvo alivio, pero tampoco observó en ninguno alteracion del pulso ni de la respiracion, aún en los de corazon graso. En los asmáticos nada produjo el sulfonal, lo que prueba una vez mas su ninguna influencia

en la respiracion: queda, pues, en su puesto el yoduro de potasio y la piridina, compuesto que es el principio activo de los papeles y polvos que con tanto éxito se venden como específicos fumigatorios. En los tísicos, que tan mal se encuentran con el bromuro potásico y calman su fiebre con la antipirina, se dijo que el sulfonal les combatia el sueño febril y disminuia el sudor. El sábio profesor Sée no lo cree y piensa que por el momento están desprovistos de recursos.

En la estrechez mitral en principio y en la insuficiencia aórtica hay conveniencia en darlo cuando el enfermo empieza á no poder subir escaleras, y como es lógico, á no poder dormir.

En la insuficiencia mitral nada se consigue.

En la degeneracion grasosa ó fibrosa del miocardio, mejorada por el yoduro de potasio que actúa sobre las fibras que han quedado intactas, puede obtenerse resultado. En las distintas clases de diabetes parece no haber dado tampoco gran resultado. En la angina de pecho se ven los efectos mas temibles. Uno dice: *yo maté al enfermo.* Otro: *yo obtuve buen resultado.* Creo que habrá de creerse al primero por cuanto los que lo han experimentado posteriormente dicen que está completamente contraindicado. En las pseudo-anginas de pecho es donde tiene una verdadera indicacion, puesto que en ellas hay todos los fenómenos de la otra menos la ansiedad. En las palpitaciones sabemos que ó son todo ó nada; en el último caso el sulfonal está indicado; en el otro la medicacion apropiada.

Viene ahora una segunda série de enfermos no menos interesantes, cuales son los alienados, y para los que, por ser tan difícil la observacion de un síntoma, ha habido necesidad de guardar ciertas precauciones. Así, Rosembach tuvo la idea de darlo por la mañana á enfermos que no estaban obligados á guardar cama, darlo además á medio dia, advertirles de lo que tomaban y hacer despues la contraprueba. Sus experiencias se hicieron en 90 enfermos, en los que la dósis varió de 1 á dos gramos, teniendo que llegar á 4 gramos para ver accidentes desagradables. Fleming, en 50 enfermos que ensayó tuvo 46 resultados. Todos están de

acuerdo en que puede prolongarse impunemente su administracion durante un año ó mas. J. Frenkel en 100 casos encontró fatiga y debilidad; mas bien parece haber postracion en algunos. Otros hablan de cefálea, pero no la hay. Knoblauch hace notar el desastroso efecto que produce en los alucinados, que á consecuencia de la administracion del sulfonal han visto aumentadas sus alucinaciones, y peor aún las trae espantosas en aquellos que, ó no lo son mucho, ó se hallaban ya mejorados. Fischer obtuvo buenos efectos en los melancólicos, y en cuanto á los maniacos dice prefiere el cloral y morfina excepto en los casos de cardiopatías. Garnier presenta 17 observaciones dando la preferencia sobre todos, los narcóticos al sulfonal, y hace excepcion para los congestivantes, en los que, segun él, produce ebriedad y alucinaciones, recomendando su empleo en los insomnios nerviosos. Moreau dice que no es un medicamento sinó un veneno, y que no habrá de pasarse la dosis de 1 gramo 50 centígramos dándolo solo por la noche. Habrá que advertir que no dá razon alguna de su modo de pensar. Foie tambien refiere haber visto morir una mujer á la que dió 90 centígramos: por último, Parleman dice haber visto la ataxia de los miembros superiores. Otto en dos casos vió aumentadas las paraplegías que habian cedido en algo al tratamiento. Hay, es verdad, pequeños inconvenientes, pero estos son tambien comunes á los soporíficos y otros medicamentos de un uso diario (bromuro de potasio, yoduro potasio, antipirina, cloral, etc.) cuales son las erupciones que no tienen ni mayor ni menor importancia que en los otros casos.

Despues de las grandes operaciones y en la excitacion posterior al empleo del cloroformo el sulfonal presta importantísimos servicios siempre que no haya dolor. En los dolores (reumático, gotoso, sifilítico, de cólico, etc.) nada se obtendrá, á menos de emplear el tratamiento apropiado. En las dispepsias latentes, que tan fácilmente ceden al bicarbonato de sosa, tampoco se obtendrá nada con el sulfonal. Y por fin, en aquellos que no duermen porque toman thé ó café, etc., habrá que convencerles de la inconveniencia de su abuso.

La dosis varía de 1 á 2 gramos.

Hasta aquí lo que sé sobre el sulfonal. Si por este intermedio llego á ser tan feliz que contribuya á aclararle sobre el mas lijero punto de la accion terapéutica de este medicamento, quedarán sobrepasados los deseos de su S. S. y amigo

MARTIN N. MOYANO.

HEMICRANEA PARALÍTICA

—

París, Junio 2 de 1890.

Señor Director de los *Anales del Círculo Médico Argentino.*

Voy á hacer sumariamente la descripcion de un caso raro, de que no hay mas de quince conocidos, y que he tenido ocasion de observar en el servicio de Charcot.

Se trata de una mujer de 35 años de edad, que desde 5 años atrás es enferma de terribles dolores de cabeza que toman justamente todo el lado derecho. Despues de cada acceso nota que se le cierran un poco los párpados, sobre todo el derecho. Ha tenido especialmente tres crísis muy fuertes, á consecuencia de las cuales el párpado derecho quedó cerrado durante cierto tiempo. Del primero al segundo año de la enfermedad ha estado perfectamente sana, pero el segundo año no pasaba semana sin que tuviera durante dos ó tres dias un acceso de hemicránea.

Procedí al exámen y ví con gran sorpresa que los músculos animados por el motor ocular comun estaban paralizados en diverso grado, especialmente el recto interno y el elevador del párpado superior; todo esto muchísimo mas marcado del lado derecho que del izquierdo.

Al examinar sus pupilas ví que estaban dilatadas y del lado derecho habia una irregularidad muy marcada.

La pupila derecha no reaccionaba á la luz ni á la acomodacion.

La pupila izquierda reaccionaba perezosamente.

Ha tenido antes diplopia.

Estos eran los únicos síntomas suministrados por la enferma.

Con estos datos no hice diagnóstico, y ví que en el libro se le anotó el de *Hemicránea paralítica*, ó *neuralgia con parálisis recidivante del tercer par*.

Esto constituye un sindroma especial que ha sido estudiado especialmente por Parinaud y Marie, en Francia, incompletamente. La obra de Pel (de Holanda) ha venido á ilustrar la cuestion. No se han observado, como he dicho, mas que quince casos en la ciencia.

Este raro sindroma se divide en dos categorías ó formas.

1ª forma—Esta es benigna, tiene una marcada tendencia recidivante en los ataques de parálisis del tercer par, que se producen en períodos que cada vez se hacen mas lejanos hasta que la curacion se produce. No hay lesion conocida en esta forma. Se parece mucho á las hemicráneas, y es la que verdaderamente puede llamarse *hemicránea paralítica*.

En ella tambien se nota la perfecta salud del individuo en el intervalo de los accesos. Así se vé que éstos duran cuatro, seis ú ocho dias seguidos de un mismo período de desórdenes del tercer par; luego las cosas se ponen en su lugar, desaparece la parálisis, y el enfermo no siente nada hasta un nuevo acceso.

2ª forma—Esta es relativamente maligna. Es tambien intermitente pero no con la regularidad de la anterior. Nunca hay una libertad absoluta entre los accesos; siempre hay pequeñas hemicráneas que duran dos ó tres dias, y coinciden con la caída del párpado ó alguna alteracion por el estilo. Se vé tambien que cada vez se van agravando los síntomas, que tienden á hacerse durables, y alejarse del carácter intermitente.

En esta forma hay siempre síntomas de compresion que pueden responder á exudaciones meníngeas, sifilomas, tumores cerebrales. En una autopsia se ha observado un principio de mielitis blanca de los cordones posteriores, de manera que, al hacer el diagnóstico diferencial, no hay que olvidar el tabes.

Con estos datos diagnostiqué en mi enferma: neurálgia con parálisis recidivante del tercer par, de forma maligna, y quizá debida á exudados meníngeos.

No podia tratarse, en efecto, de un sifiloma porque se le habia aplicado el tratamiento específico sin mejoría ninguna.

Un tumor cerebral habria seguramente comprimido otros nervios cuyo núcleo de orígen hubiera estado próximo del núcleo del motor ocular comun.

Si se hubiese tratado de tabes, del que la enferma tenia como síntoma la no reaccion de la pupila á la luz, habria tenido despues de cinco años otros síntomas: la incoordinacion, el síntoma de Romberg ó cualquier otro.

Así es que, por exclusion, me quedo con las exudaciones meníngeas pero reservando el diagnóstico.

Saludo al señor director atentamente

DR. ROMAN PACHECO.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Por F. A. J.

Desarrollo exagerado de los órganos genitales en una criatura de dieciocho meses, por el Dr. Crivelli, de Melbourne *(La Semaine Médicale).* Se trata de una niña de dieciocho meses, que ofrece un desarrollo exagerado de los órganos genitales: las glándulas mamarias tienen el volúmen de las de una jóven de quince á dieciseis años. El monte de Vénus está cubierto por un bello bastante espeso, el clítoris es relativamente enorme y parece ser el sitio de sensaciones voluptuosas.

Las partes están rojas é inflamadas, lo que hace pensar que el onanismo es ya la consecuencia fatal de este desarrollo extraordinario de los órganos genitales. Ha sido imposible examinar el útero, pero esa criatara ha reglado ya tres veces.

Tratamiento del reumatismo articular agudo y de la artritis blenorrágica por la fenacetina á altas dosis, por el Dr. Rifat, de París *(Bulletin général de Thérapeutique*, 15 de Mayo de 1890). Empieza el autor demostrando la superioridad de los nuevos agentes antitérmicos y analgésicos sobre los antiguos agentes terapéuticos, para el tratamiento del reumatismo articular agudo; hace notar que la antipirina no ha ocupado el lugar que le correspondia en el tratamiento de esta enfermedad, por lo frecuente de los casos de intolerancia gástrica, pues la dosis á que hay que darla para que produzca efecto es de 4 á 8 gramos en las 24 horas, y generalmente no pasan de 3 los gramos que se pueden tomar sin que produzca accidentes; y sostiene que la fenacetina carece de estos inconvenientes. «Teniendo en cuenta, dice, su toxicidad casi nula puede ser administrada á dosis elevadas sin temor de que se presenten fenómenos secundarios inquietantes.» Dos inconvenientes sostienen algunos autores, tiene el empleo á altas dosis, de la fenacetina; estos son: sudores profusos y cianosis, pero el autor refuta esto sosteniendo y probando con los resultados por él obtenidos, que si bien es cierto que estos accidentes se producen, son tan raros, que comparados con las numerosas ventajas que su empleo ofrece, son casi nulos. Empieza dando al enfermo 3 gramos de esta sustancia por dia, divididos en tres fracciones, que se toman cada tres horas; los dias siguientes aumenta la dosis á razon de 1 gramo por dia hasta la cesacion del dolor y el regreso de los movimientos articulares. Generalmente cuando se liega á la dosis de 6 gramos cada veinticuatro horas los síntomas principales han desaparecido; otras veces es necesario aumentar la dosis hasta 8 gramos por dia. La dosis máxima se continúa durante una semana, y entonces se empieza á disminuir la dosis hasta llegar á tres gramos por dia, dosis que se continúa tomando durante una semana; el término medio de curacion por este agente es de 21 dias, mientras que los de la antipirina y salicilato de soda son 25 y 35 respectivamente. Los casos tratados por él todos con éxito satisfactorio son dieciseis. Termina diciendo: «yo estoy convencido de la eficacia del método que sostengo; en cuanto á establecer su inocuidad absoluta es obra del tiempo y de la observacion.» En cuanto al empleo de la fenacetina en el tratamiento de la artritis blenorrágica, el autor cita tres casos que habian sido rebeldes á todo otro tratamiento y en los que el uso de esa sustancia á altas dosis produjo el resultado mas

notable, pues inmediatamente despues de haberlo empezado á tomar, comenzaron los síntomas á desaparecer.

Sobre el efecto del guaco, por el Dr. Butte, de París, (*Wiener med. Blätter*. 1889 núm. 37 y despues en la *Revista general de Medicina Interna*, 1889 núm. 10.) El guaco se recomienda como un drástico seguro; en la aplicacion externa del cocimiento puede observarse un efecto sedativo; calma de una manera notable la picazon molesta y á veces insoportable del eczema seco; esta accion se ha comprobado en un gran número de enfermos del Hospital San Luis. El guaco es una planta mejicana de la familia de las aristoloquiadas.

Tratamiento del chancro blando, por G. Letzel, de Berlin, (*Centralblatt für die med. Wissenschaften*). El autor emplea el sesquicloruro de hierro en pincelaciones, una sola vez por dia; con este procedimiento se consigue que en 3 á 5 dias la úlcera se transforme en una superficie granular que se cubre rápidamente de epidermis por medio de pulverizaciones con calomel.

Accion de las preparaciones de kola, por Dujardin Beaumetz, de París (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 20 de Mayo de 1890). Dice el autor que por medio de numerosas experiencias practicadas por él en el Hospital Cochin y por su alumno el Dr. Monnet, ha demostrado la accion electiva de la kola sobre la nutricion general y la circulacion en particular; que han probado que ciertas preparaciones de esta sustancia, como la tintura á la dosis de 4 á 10 gramos por dia, el alcoholaturo á la de 8 á 20 gramos y aun la infusion, tienen una accion real en las afecciones cardiacas; á mas tienen una notable accion diurética, especialmente la infusion ó la maceracion de kola tostada; á esta accion, segun el autor, contribuirian dos factores principales, por una parte la cafeina y por otra la teobromina. Como contienen una proporcion regular de tanino se aplican tambien en el tratamiento de las diarreas rebeldes, y en fin, su accion tónica es incontestable.

En cuanto á la accion excitante sobre los órganos genitales observada por M. Heckel en los soldados jóvenes, el autor no ha notado nada.

Quiste hidatídico pediculado del hígado—Laparotomía, por Paul Chatelain, de Reims (*Union Médicale du Nord-Est*, Marzo de 1890). Se trata de una jóven de 23 años, modista, que entró á la clínica quirúrgica atendida por M. Decés, el 4 de Di-

ciembre de 1889. Manifestó tener desde 7 años atrás un tumor abdominal del lado derecho que la molestaba recien desde principios del año; al principio fué simplemente dolor, despues comenzó á sufrir una sensacion de peso en el hipocondrio derecho y en la cresta epigástrica. La menstruacion se efectuaba irregularmente y era seguida de pérdidas blancas; la constipacion se hizo contínua. No existia nada anormal ni en el corazon, ni en los pulmones; el apetito era bueno, la digestion fácil y la orina normal. A la palpacion se sentia algunos centimetros arriba de la cresta ilíaca derecha anterior, un tumor liso, resistente, muy móvil y del tamaño de la cabeza de un feto á término; la palpacion era indolora; este tumor parecia tener su pedículo en la region del ovario derecho y ser independiente del hígado; en vista de esto se diagnosticó: quiste del ovario derecho.

El 13 de Diciembre la enferma fué cloroformada. Se hizo la laparotomía: una incision de 15 centímetros de la línea blanca; se vió desde luego una masa intestinal, que una vez separada dejó ver un tumor del tamaño de un huevo de avestruz. Este tumor de forma alargada y bastante duro presentaba algunas eminencias de tamaño y consistencia desiguales. Se encontraba situado delante del estómago, atrás del colon transverso, adherido por un pedículo de tres centímetros de largo por uno de ancho, en el borde cortante del lóbulo izquierdo, envuelto entre las dos hojas del epiplon gastro-hepático. Se trató de hacer la incision del pedículo por medio del termo cauterio, pero fué imposible, debido á la abundancia de sangre, y se conformaron con hacer la ligadura del pedículo por medio de dos vueltas de catgut. El tumor fué en seguida separado por medio del bisturí. Despues se hizo el lavaje antiséptico, y se suturó la herida con crin de Florencia.

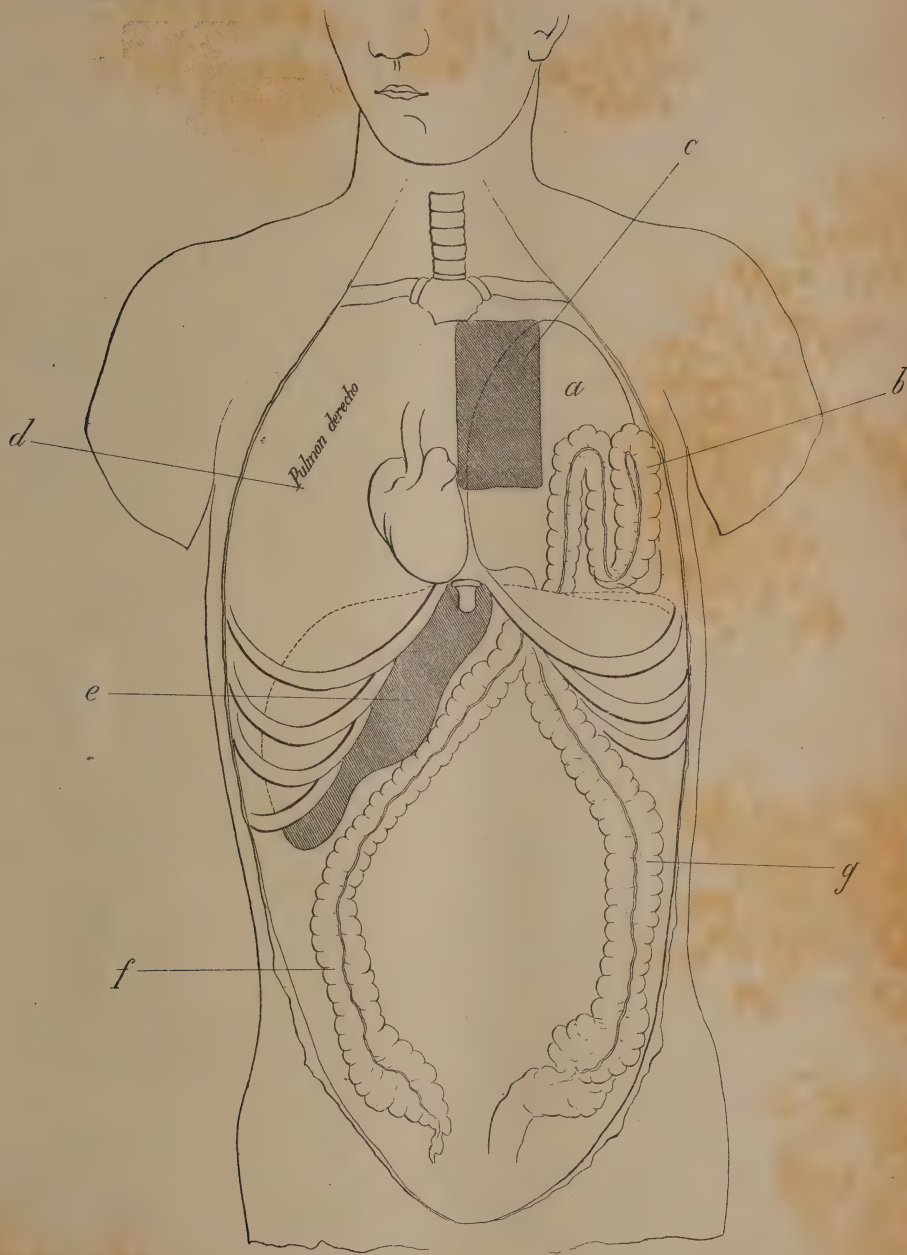
El quiste contenia un líquido citrino muy transparente que, examinado al microscopio, demostró encerrar un número considerable de equinococus.

La enferma siguió sin novedad hasta el 11 de Enero del corriente año, en que fué dada de alta, no habiendo la temperatura excedido de 39°,1.

HERNIA DIAFRAGMATICO

POR EL

Dr. JULIO MENDEZ



a — Estómago con la gran curbadura hácia arriba.

b — Colon transverso formando doble ansa.

c — Pulmón izquierdo reducido á una lámina losange.

d — Pulmón derecho, ocupando toda la cavidad torácica derecha.

e — Higado.

f — Colon ascendente.

VARIEDADES

La Glosodinia

Magitot ha presentado á la Sociedad de Estomatología de París un trabajo sobre la *glosodinia*.

Magitot rechaza la opinion de Verneuil sobre esta enfermedad descrita por este último bajo el nombre de «ulceraciones imaginarias de la lengua», y reconoce dos formas á la glosodinia: la forma neurálgica y la forma reumatismal.

¿Por qué se es derecho y por qué se es zurdo?

A propósito de un trabajo de Galippe sobre los derechos y los zurdos *(droiterie et gaucherie)* entablóse en la misma sociedad la siguiente discusion:

Magitot pide á Galippe su opinion sobre la causa inicial del predominio de los derechos sobre los zurdos y vice-versa.

¿Es el hábito, el instinto ó una disposicion cerebral particular que interviene?

Galippe responde que esta cuestion es el sujeto de su memoria: se es derecho por atavismo, y zurdo por herencia mórbida. Los zurdos son descendientes de padres nerviosos, epilepticos, alcohólicos, son degenerados bajo el punto de vista fisiológico.

Las observaciones de Brissaud demuestran que se encuentran vicios ó defectos físicos en los ascendientes de los zurdos. En una familia en que el abuelo y la abuela eran derechos así como sus antepasados, se hizo una union con una mujer histero-epiléptica: el niño de esa union nació zurdo.

Magitot pregunta si la educacion no podrá hacer derechos á los que hubiesen nacido zurdos.

Galippe dice que la educacion podrá hacer un derecho para los actos razonados de la vida, pero que el reflejo izquierdo primará en ciertos casos, en el caso de peligro, por ejemplo, cuando se trata de detener un golpe, etc.

Hidrofo a

Malleville, cirujano de Marsella, acaba de dirigir á Pasteur una interesante memoria sobre las causas que segun él engendran la hidrofobia.

Cuidando un perrito, Malleville ha creído comprobar que la hidrofobia se origina por enfermedad de los dientes.

La opinion se encontraria confirmada por la curacion del sujeto, obtenida por un tratamiento muy simple, como la extraccion de los dientes cariados, cuidados para los otros, etc.

Malleville ha solicitado de Pasteur el ensayo de una experiencia que cree concluyente y de naturaleza á proporcionar un medio eficaz, si no de hacer desaparecer enteramente, al menos disminuir los casos tan numerosos de un mal que desde hace algun tiempo produce muchísimas víctimas.

Se trataria simplemente de tomar un perro y de practicar en una molar, de cada lado de la mandíbula, una perforacion ó carie que se aproximára en lo posible al nervio dentario inferior, ligando una ligera capa de dentina entre el nervio y la parte perforada. Antes de tres dias se manifestarian los síntomas de la hidrofobia: malestar, repulsion de los alimentos y de las bebidas frias, etc, en el primer período; en el segundo período el dolor se produciria al contrario por el calor; el perro tendria la boca entreabierta, evitando la aproximacion de los dientes. Las glándulas salivares constantemente comprimidas, producirian saliva en abundancia que se transformaria en espuma. Así esta materia es un elemento, un vehículo propio, para el desarrollo del virus rábico.

En una palabra, segun Malleville, la hidrofobia no seria al principio sinó un vulgar dolor de muelas y el virus rábico no seria otra cosa que una composicion anómala de la saliva.

Todo diente enfermo, en efecto, posee varias especies de microbios que se transforman segun la época de la enfermedad.

Cuando el mal ha pasado al estado crónico el encéfalo se encuentra afectado, y este estado de locura, por así decirlo, lleva al perro á morder á los que encuentra; pasada la crísis, desaparece el peligro hasta que aquellas se reproducen.

Malleville indica como remedio la obligacion para los propietarios, de hacer visitar y cuidar sus perros por un veterinario en el otoño y la primavera, estaciones en las que aquellos están mas predispuestos á la enfermedad.

Elecciones del Círculo Médico

En la asamblea verificada el 15 de Junio en el local del Círculo Médico Argentino se procedió á integrar la comision directiva, nombrándose remplazantes á los que terminaban su mandato el 29 del mismo.

La comision quedó así constituida:

Presidente	Dr. Julio Mendez.
Vice-Presidente	Dr. Alejandro Castro.
Secretarios de actas	Sr. Armando Claros.
	» Luis Beaufrère.
Secretario de correspondencia	» J. M. Cullen.
Tesorero	» Francisco R. Niño.
Pro-Tesorero	» Zenon Aguilar.
Director del Museo	Dr. Fernando Perez.
» de la Biblioteca	Sr. Francisco S. Cabrera.
Vocales	Dr. Alejandro E. Amoretti.
	» Juan B. Señorans.
	» Antonio Martinez Rufino
	Sr. Antonio Ibarguren.
	» Silvio Tatti.
	» Otto Wernicke.
	» Abel R. Noceti.
	» Alvaro Luna.
	» Félix T. Muñoz.
	» Gustavo de Elia.

Conversaciones científicas

Han comenzado en el Círculo Médico Argentino las conversaciones científicas, con presentacion de casos prácticos.

En la primera hablaron los doctores Julio Mendez y Juan B. Justo.

El Dr. Mendez disertó sobre hérnias diafragmáticas, y el Dr. Justo sobre reseccion parcial y temporaria de los huesos del cráneo.

En la segunda conversacion hablaron los señores J. M. Cullen y Dr. Alejandro Castro. El señor Cullen presentó la observacion de un riñon en herradura, y el Dr. Castro hizo un estudio sobre injertos periósticos y epidérmicos. Presentó al mismo tiempo un niño de 6 años, en quien habia practicado injertos con sorprendente resultado.

Publicaciones nuevas

Influencia del reumatismo sobre la produccion de las enfermedades de la boca y particularmente del sistema dentario.—Este trabajo fué presentado por su autor el Dr. Nicasio Etchepareborda al último congreso dentario de París al cual asistió como delegado de la República Argentina, y se contrae á demostrar las alteraciones de orígen reumatismal de que pueden ser asiento los dientes, maxilares y partes blandas de la boca.

El Dr. Enrique E. del Arca ha publicado tambien en folleto su estudio sobre «Los antitérmicos» que fué leído ante la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires en el acto de recibirse del cargo de Académico.

Hemos recibido la «Revista Internacional bibliográfica, médica, farmacéutica y veterinaria», dirigida por el Dr. Julio Rouvier, que se publica en Beyrouth (Siria), cada 3 meses. Contiene un interesante sumario é importantes noticias bibliográficas.

NUEVOS MEDICAMENTOS

El lysol

Esta nueva sustancia es un producto de la destilacion de la hulla, soluble en el agua, y tiene propiedades microbicidas que Gerlach ha estudiado. Una solucion de lysol al 5 % mata los esporos del carbon en cinco dias; y otra solucion al 25 % mata en 5 minutos el stafilococo piógeno y el streptococus.

En la clínica ha sido ensayado. En operaciones, en inyecciones vaginales é intra-uterinas, y contra las afecciones cutáneas, se han obtenido buenos resultados. Una solucion al 3 % tiene las propiedades de un jabon y puede emplearse en la desinfeccion de las manos. Aplicado sobre las heridas no produce ninguna irritacion. Las soluciones á uno y dos por ciento determinan sobre las mucosas un lijero dolor que desaparece despues de dos minutos. En dermatología se emplea en solucion á 20 %, sin inconveniente.

Billroth usa el lysol en su clínica.

La pyoctanina

Preparacion de anilina que Stilling ha incorporado á la terapéutica, valiéndose de sus propiedades microbicidas, pues es sabido que los colores de anilina matan un gran número de bacterios.

La pyoctanina se ha empleado como desinfectante en las supuraciones de la córnea, la keratitis parenquimatosa, la iritis y tambien en la coroiditis disemimada.

La nuez de kola

Heckel (de Marsella) ha encontrado que, además de la cafeina y de la teobromina, existe en la kola otra sustancia á la

que ha dado el nombre de «rojo de kola», y que esta sustancia tiene otras acciones mas que la cafeina.

G. Sée, contestando á Heckel, dice que es la cafeina la que constituye el principio activo de la kola, pero no es como se sostiene una sustancia de ahorro; no tiene la propiedad maravillosa de reemplazar los alimentos; no reemplaza sinó la excitacion tónica que produce la ingestion de los alimentos.

FORMULARIO

Cimbali usa los siguientes sellos contra la *disenteria:*

Acido salicílico .... 10 gramos.
Opio bruto pulverizado. 20 á 40 cent.

Mézclese íntimamente y divídase en 20 sellos. Tomar uno cada tres ó cuatro horas.

Löwenstein aconseja el aristol contra el *ozena verdadero* y *sifilítico*:

Aristol..... } aa
Aceite de ricino..... } 1 gramo.
Colodion..... 8 gramos.

Uso externo.

M. Embadurnar las ulceraciones de la cavidad nasal.

Gruber emplea las siguientes bugías medicamentosas contra el *forúnculo del conducto auditivo externo:*

Extracto tebaico..... 10 cent.
Gelatina blanca... ..... c. s.

H. s. a. 10 bugías de 1 centímetro de largo por 4 á 8 milímetros de espesor y á punta cónica.

Introducir varias veces al dia una bugía en el conducto auditivo externo y dejarla fundirse en él. Segun el autor, el efecto de estas bugías es no solo calmante y antiflogístico, sinó que tambien hacen á menudo abortar el mal cuando el tratamiento empieza antes de la supuracion del forúnculo.

Para E. Besnier, el *eczema de la denticion* es un eczema reflejo de la cara, á veces del dorso de la mano y del puño, con sensibilidad gengival y salivacion.

Nacen de aquí tres indicaciones: 1º calmar el prurito de la encía, 2º combatir el insomnio y 3º curar el estado local.

1º Para calmar el prurito gengival, fricciones frecuentes con el dedo, empapado en la solucion: (1)

Hidroclorato de cocaina...	5	centígramos
Bromuro de potasio.....	50	»
Agua destilada.....	10	gramos.
Glicerina.....	10	»

2º Para combatir el insomnio, hacer tomar por cucharadas de sopa la pocion siguiente de hora en hora:

Bromuro de sodio...	30	centígramos.
Jarabe de flores de naranjo.	60	gramos.

3º Contra el estado local:

Oxido de zinc.....	10	gramos.
Vaselina.....	30	»

Besnier aconseja además cubrir las regiones enfermas con una máscara de caoutchouc ó de muselina; segun los puntos enfermos se les puede reemplazar por una hoja de makintosch.

Schwimmer da la siguiente solucion contra las *enfermedades de la piel*:

Thiol.....	10	gramos
Agua destilada..... ...	30	»

(1) Con este mismo objeto, el Sr. D. Diego Gibson, farmacéutico de Buenos Aires, ha preparado la glicero-cocaina, cuyos resultados en multitud de casos han sido excelentes.

(Nota de la Redaccion).

H. s. a. Embadurnar dos veces al dia las partes enfermas.

El mismo autor da la siguiente pomada:

Thiol..... ..... 2 gramos
Axungia..... 20 »

Uso externo.

El thiol presenta sobre el ictiol la ventaja de ser absolutamente inodoro y de dejarse sacar con facilidad de la piel y de los objetos de curacion.

NECROLOGÍA

El Dr. Siredey—Ha fallecido últimamente en París el Dr. F. Siredey, miembro de la Academia de Medicina y médico del hospital Lariboisière.

El Dr. Siredey, entre varios trabajos importantes deja una obra sobre «Enfermedades puerperales» que será siempre leída con provecho.

Como ginecologista formaba en la escuela antigua, y pertenecía á la generacion de Gallard, Bernutz, etc. Era clínico distinguido y observador concienzudo.

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 8

Anales del Círculo Médico Argentino

AGOSTO DE 1890

TOXICOLOGÍA ESPERIMENTAL

Accion del mio-mio sobre el corazon de la rana

ESTUDIO GRÁFICO

Por el Dr. Juan B. Señorans

El mio-mio (*Baccharis coridifolia*) pertenece á la familia de las compuestas; es una planta venenosa muy conocida en nuestra campaña. Crece tambien en las repúblicas Oriental y Brasilera.

En 1877, el Dr. Arata extrajo de dicho vegetal un alcaloide que denominó *Bacarina*.

Una pequeña cantidad de principio activo que el Dr. Arata puso á mi disposicion fué empleada en algunos ensayos preliminares.

En las experiencias adjuntas he utilizado un extracto fluido de mio-mio preparado por mi amigo el Sr. Diego Gibson.

A un gramo de hojas corresponde un gramo del extracto cuyas proporciones son:

Alcohol	2 partes
Agua	1 »
Hojas	3 »

*
* *

De los métodos usados para estudiar la accion de los venenos sobre el corazon, he creido conveniente iniciar mi investigacion por el mas sencillo.

A una rana vigorosa le destruyo el sistema nervioso cerebro-espinal.

Reseco una pequeña porcion de la pared torácica y descubro el corazon seccionando su pericardio.

Dejo reposar el animal, y momentos despues aplico la pinza cardíaca de Marey.

Recojo un trazado de los movimientos cardiacos en el cilindro enregistrador de aquel autor, cubierto con papel ennegrecido (el cilindro).

Efectúa este una revolucion completa en cincuenta y cuatro segundos.

Instilo el extracto de mio-mio sobre el corazon y continúo recojiendo la inscripcion de su funcionamiento.

La lectura y comparacion entre las varias líneas gráficas revela la marcha y carácter del envenenamiento.

*
* *

En la línea inferior de la figura primera está dibujada una série de contracciones cardiacas.

Cada contraccion se descompone en:

(*a*) la *curva auricular* que corresponde á la pequeña oscilacion con que se inicia el cardiógrama producida por el sístole de la aurícula,

(*b*) la línea algo oblícua que continúa, debido á la accion ventricular, y—

(*c*) la línea descencional producida: 1º por el diástole cardiaco en su primera parte, y 2º por la elasticidad del caoutchuc que regulando la funcion de la pinza, provoca la línea oblícua con que termina la inscripcion de cada contraccion.

El *número* de éstas es de 17 á 20 en 60 segundos.

La *altura* de cada cardiógrama llega á 8 milímetros, su mando la contraccion auricular á la ventricular.

El *ritmo* cardiaco como puede observarse, es perfecto.

*
* *

La lectura del trazado núm. 1 desde la segunda línea en la cual se efectúa la instilacion, hasta el final, nos demuestra que el mio-mio no modifica el número ni el ritmo de las contracciones cardiacas.

Hay excepciones, sin embargo, como el ejemplo señalado en la fig. 2ª.

FIGURA 1.

Cardiografía obtenida con la pinza de Marey en una rana sin cerebro ni medula. El corazon ha sido envenenado con el mio-mio. Lease de derecha á izquierda éste y los demas trazados.

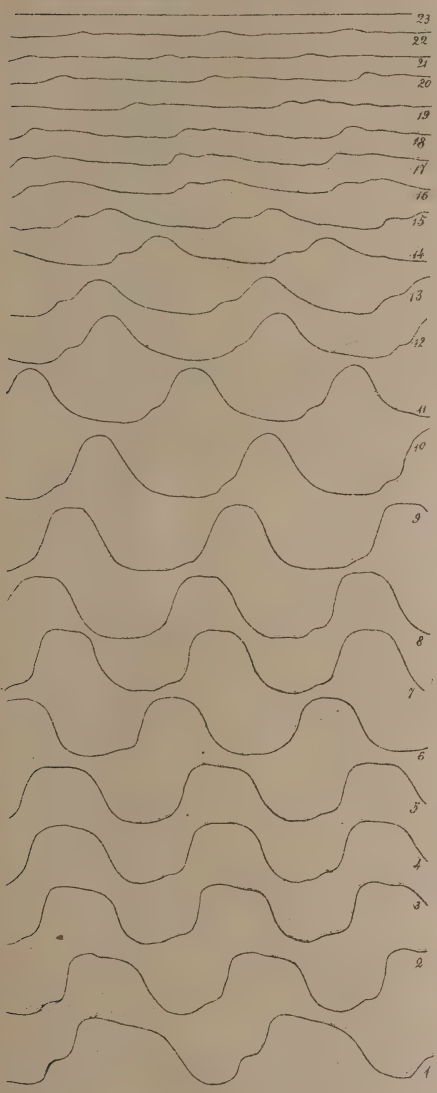


FIGURA 2.

Trazado de un corazon de rana envenenado con el extracto de mio-mio.

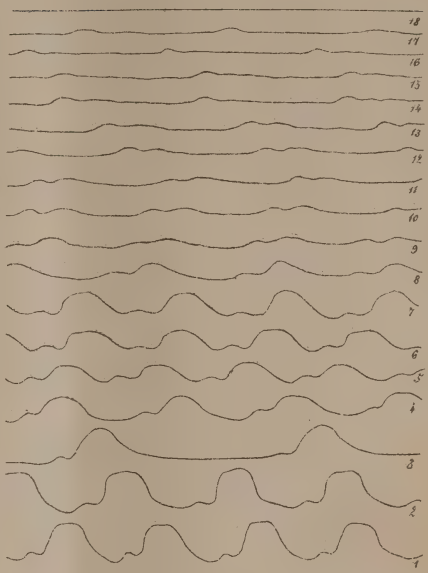
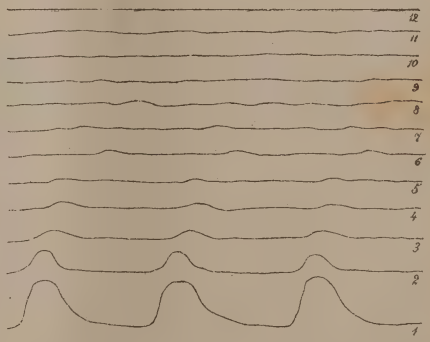


FIGURA 3.

Trazado gráfico del sistole ventricular tomado con el aparato de F. Franck en un corazon envenenado con el extracto fluido del mio-mio.



Copia del original.

Lit. Tip. El Arte, Balcarce, 261

Las dos primeras líneas son normales. Instilo en la tercera, y las 18 contracciones apuntadas por minuto descienden á 9 para aumentar á 14 en la 4ª, y volver á 18 en la 5ª.

Esta relativa inhibicion es debida á causas extrañas á la accion del tóxico (percusion de las gotas, temperatura del líquido etc.), pues además de no ser constante, de presentarse algunas veces en las ranas con cualquier agente, de no acentuarse en el trascurso del envenenamiento, se restablece por el contrario la frecuencia anterior de los latidos.

Por otra parte, ¿en tan pocos segundos ha tenido tiempo de efectuarse la absorcion?

Si el número y ritmo de los movimientos cardiacos permanecian mas ó menos normales, no sucede lo mismo con la amplitud de la contraccion.

Se pronuncia una disminucion gradual y muy acentuada en la intensidad sistólica á medida que la absorcion y el envenenamiento se efectúan.

La línea ventricular apenas modifica su altura en las nueve líneas primeras, comienza á disminuir visiblemente en la 11ª para suprimirse en la 16ª. A pesar de esta parálisis, la oscilacion auricular se mantiene aún y es recien en la línea 20 á 22 (1) que desaparece.

El corazon ha cesado de latir encontrándose lleno de sangre, en diástole, como lo demuestra la línea horizontal con que terminan las fig. 1ª, 2ª y 3ª.

El envenenamiento del ventrículo de un corazon de rana que haya sido separado del cuerpo señala el mismo resultado, como puede leerse en la fig. 3ª.

Conclusiones:—El extracto fluido de mio-mio instilado en el corazon de una rana cuyo sistema nervioso haya sido destruido,—ó vertido en un corazon del mismo animal, separado del cuerpo,—ejerce la accion tóxica de un veneno diastólico.

Buenos Aires, Agosto de 1890.

(1) A cada línea corresponden 54 segundos.

CLÍNICA DEL Dr. PIROVANO

ANEURISMAS EXTERNOS

Por P. Palma

(Interno de la Clínica Quirúrgica)

Solo dos casos de aneurismas externos se han presentado este año al servicio de Cirujía del Dr. Pirovano: digno el uno de ser publicado por el método de tratamiento empleado, y el otro por las condiciones especiales del enfermo. En el primero se trata de un aneurisma de la femoral y en el segundo de la poplítea.

Aneurisma femoral—Juan S., de 35 años de edad, fuerte y robusto, marinero, de buenos antecedentes hereditarios y sin sífilis ni alcoholismo en los individuales, ha tenido manifestaciones de reumatismo crónico 6 años atras.

Ocupa la cama núm. 14 de la sala 1ª á la que entró el 27 de Enero con un tumor del tamaño del puño, en la parte media del trayecto de la femoral izquierda—tumor que se expande, late y sopla á cada sístole cardiaco,—fenómenos todos que desaparecen lo mismo que disminuye el volúmen del tumor comprimiendo la femoral en el arco de Poupart. La piel está sana y el pulso tibial izquierdo debilitado, si se compara con su congénere el derecho.

Su enfermedad se remonta á tres meses. Tres ó cuatro dias de anestesia en ambas piernas, seguidos de otros tantos de dolor vago en la pierna izquierda, precedieron la aparicion del tumor, que un mes despues alcanzó el desarrollo que presentaba al ingresar al servicio. Los dos meses restantes los pasó el enfermo en el ejercicio de sus tareas, sin mas novedad que un gran edema del pié izquierdo que desapareció en tres dias de reposo.

Al mes de estar en la sala esperando la apertura de los cursos para servir á la clínica, se declaró expontáneamente una

violenta inflamacion del saco que elevó la temperatura á 38º6 durante veinte y cuatro horas y trajo la abolicion de los síntomas funcionales del aneurisma. Hiciéronse aplicaciones frias que dominando la inflamacion determinaron la reaparicion al cabo de 48 horas de los síntomas funcionales. De todo este proceso lo único que resultó fué un aumento en el volúmen del saco.

A fines de Febrero y principios de Marzo se hace la compresion con el aparato de Broca al nivel del arco, como medio curativo, lo que no da resultado por no poder el enfermo tolerarlo mas de 20 á 25 minutos en las repetidas veces que se ensayó.

El 17 de Marzo compresion dijital por los alumnos del curso al mismo nivel, lo que tampoco dió mas resultado que el compresor de Broca, por hacerse sumamente dolorosa á los 30 minutos.

El 18 nueva y violenta inflamacion del saco con temperatura de 39º2, rubicundez, dolor y aumento de volúmen. Cesan la expansion, el soplo y el latido tanto del saco como de la tibial posterior. Se aplica hielo tópicamente para moderar el proceso inflamatorio. Se espera la curacion del aneurisma, pero en vano; tres dias despues, solo quedaba de este accidente un nuevo aumento de volúmen en el saco, á tal punto que el 16 de Abril, dia en que se practicó la operacion, el tumor se extendia desde el vértice del triángulo de Scarpa hasta arriba del cóndilo interno, ocupando preferentemente la cara anterior interna del muslo.

El Dr. Pirovano discutió largamente el método con que debia intervenir y despues de haber rechazado como lo hace Tillaux, la ligadura en la base del triángulo, y sentado con él que en los aneurismas de la femoral cualquiera que sea su sitio, debe hacerse la ligadura de la iliaca externa, se resolvió intervenir en este caso especial con el método de Antyllus, que á pesar de remontarse á una época en que se estaba lejos de conocer la circulacion de la sangre (siglo tercero), hoy, con las ventajas del sistema autiseptico, rivaliza con la ligadura de Anel.

La razon que determinó al profesor Pirovano á elejir la operacion de Antyllus modificada, fué de que habiendo las

dos inflamaciones de que habia sido asiento el saco, determinado necesariamente una dilatacion considerable en el sistema de la circulacion colateral por obstáculo en la directa, era exponerse á un fracaso hacer solo la ligadura arriba, puesto que podria hacerse fácilmente en el saco la circulacion de retorno.

Insistió sobre la necesidad de graduar la compresion preparatoria, de que es gran partidario, de tal suerte que solo facilite la circulacion colateral y no establezca desde luego la suplencia completa, pues entonces habria el peligro de la circulacion de retorno. A propósito refirió el caso de un general del ejército á quien hizo felizmente con éxito la compresion de la epigástrica para hacer desaparecer los latidos de un saco aneurismal situado en el triángulo de Scarpa y tratado antes por un viejo cirujano por ligadura de la iliaca externa.

Operacion: prévia cloroformizacion é isquemia del miembro por la venda de Esmarch, se hizo una incision que partiendo de 4 traveces de dedo debajo del arco llegaba á dos arriba del cóndilo interno. Se empieza la diseccion del saco, pero las adherencias del tumor con los vastos, hacen la operacion laboriosa. Se incinde el saco, desprendiéndose entonces un olor fétido que hace pensar en descomposicion de los cóagulos. Estos al contrario, en estratificacion fibrinosa, espesaban la pared interna del saco, en tanto que la externa era delgada y formaba cuerpo con el vasto externo.

Lavada can bicloruro la amplia cavidad del saco, el olor desapareció, procediéndose en seguida á la ligadura de la femoral con seda gruesa por encima del saco, haciendo despues igual operacion con el cabo inferior que fué mas difícil de hallar, teniendo su luz disminuida por espesamiento de la pared.

Praticóse la reseccion de gran parte del saco, de toda aquella que no tenia fuertes adherencias con los músculos, dos tercios del total próximamente. Se pusieron tres tubos de drenaje, algunas suturas profundas cerrando los restos del saco y diez y siete suturas superficiales en la enorme incision cutánea, las que no siendo hechas con seda perfectamente aseptica retardaron la cicatrizacion superficial de la herida. Los tejidos profundos cicatrizaron rápidamente, habiéndose sacado los tubos á los 10 dias. Un ataque de influenza prolon-

gó la permanencia del enfermo en el Hospital, de donde salió de alta, con el uso perfecto de su pierna el 27 de Mayo.

Aneurisma popliteo:—Leopoldo A., marinero, de 38 años, fuerte y robusto, con buenos antecedentes hereditarios, es alcoholista y ha tenido un año atras un ataque de reumatismo crónico; desde hace seis meses tiene fatiga de esfuerzo, palpitaciones y dolor precordial algunas veces.

Desde el 1º de Mayo esperimenta un dolor marcado en la corva izquierda que le impide trabajar, palpitaciones, ansiedad é insomnio.

El 4 de Mayo tumor pulsátil, loco dolenti; y no pudiendo trabajar ingresa al servicio el 3 de Junio, para ocupar la cama núm. 22 de la sala 1ª.

Presenta taquicardias, pulso casi Corrigan, de gran tension, baile arterial en el cuello, ansiedad, fatiga al menor esfuerzo, corazon hipertrofiado, insuficiencia con estenosis aórtica.

El tumor que ocupa la region poplítea izquierda tiene el volúmen de un huevo de gallina, se expande, late y sopla con el sístole. Hay thrill tan marcado que se aprecia hasta sobre la rótula. Los latidos del tumor son tales que permiten el diagnostico al través de las cobijas, que levantan á cada sístole. La pierna está en semiflexion y es el asiento de fuertes dolores espontáneos que se exasperan por la noche en el decúbito dorsal á la menor tentativa de extension del miembro, lo que hace que el enfermo huya la cama.

Se diagnosticó *aneurisma poplíteo* encardio aórtico.

Calmados los fenómenos cardiacos por la administracion del bromuro y yoduro de potasio, los dolores persisten. La intervencion es de urgencia y el enfermo la reclama tambien.

El profesor Pirovano, despues de hacer notar que con este sube á ochenta el número de aneurismas externos operados por él con la ligadura de Anel, siendo por consiguiente uno de los cirujanos modernos que mayor y mejor estadística puede presentar á este respecto, observó que en su numerosa estadística hay gran número de marinos y solo una mujer,—dato digno de tomarse en consideracion para el estudio etiolójico de esta variedad de lesiones arteriales.

Sin preparar la circulacion colateral por la compresion prévia de la femoral, puesto que la naturaleza se habia encargado

de hacerlo por la hipertrofia cardiaca, el 13 de Mayo se procedió á la operacion, prévia isquémia por la venda de Esmarch y con anestesia local por el éter, única que usa nuestro profesor para ligar la femoral en el canal de Hunter.

Ligada la arteria con seda gruesa esterilizada en una solucion alcohólica de sublimado al 5 por mil, se expolvoreó la herida con yodoformo, se suturó superficialmente; no se drenó.

En la tarde del dia de la operacion el enfermo sintió dolor en la pierna; se hace una inyeccion de morfina, lo mismo por la noche.

En este como en el caso anterior y análogos se usó en el servicio la curacion algodonada del miembro, recubriéndola de gutta-percha para mantenerlo permanentemente en calor húmedo.

Renovóse la curacion de nuestro enfermo el 17. El 21 se sacan las suturas. El miembro ha recobrado sus movimientos El enfermo está sano de su afeccion quirúrjica.

Para contrarrestar el aumento de tension que acompaña á su afeccion cardio-aórtica, como tambien la que puede haber determinado la ligadura poplítea, como piensa el profesor Jaccoud, se le aconsejó, al darlo de alta, la medicacion yodurada del Dr. Huchard.

21 de Julio de 1890.

TRATAMIENTO DE LA ANEURISMA AÓRTICA

Por el Dr. Diego T. R. Davison

Los resultados producidos por el tratamiento racional de ioduro de potasio y del descanso completo en casos de aneurisma-aórtica, son la mejor contestacion á los que creen, ó pretenden creer, que la terapéutica es una farsa.

Las notas siguientes se refieren á un paciente que tenia un aneurisma de la aorta tan patente que no cabia la menor duda en cuanto á su existencia, y que sufria de una manera agravante algunos de los síntomas prominentes de esta enfermedad, y este paciente diez y nueve meses despues que fué some-

tido al tratamiento que indicaré, se encuentra hoy dia con signos evidentes de que el aneurisma se ha consolidado, y en cuanto á los síntomas de que antes sufria hoy han desaparecido por completo. A este paciente espero tener el honor pronto de exhibirlo en una de las sesiones del Círculo Médico.

A. B., treinta y tres años de edad, fué visto por mí el 12 de Diciembre de 1888. Me dió los siguientes datos sobre su enfermedad:

Hacia 18 meses que le comenzó á doler el pecho adelante, y poco tiempo despues este dolor se extendió al hombro izquierdo detrás. Dos ó tres meses despues comenzó á tener fatiga, especialmente cuando caminaba ó hacia algun esfuerzo. Seis meses antes de yo verlo comenzó á tener dificultad en tragar sólidos. Todos estos síntomas iban de peor en peor, y un mes y medio antes de verlo yo él habia notado una pulsacion visible arriba de la tetilla izquierda.

En cuanto á sus antecedentes declara que nunca ha tenido ni reumatismo ni sífilis, y que nunca ha tenido nada con excepcion de un dolor sobre la tetilla izquierda hace seis años, dolor que fué aliviado en pocos dias despues de la aplicacion de unas sanguijuelas. Nunca ha recibido un golpe fuerte. De criatura se cayó una vez del caballo, pero la caída no fué de mucha importancia.

De muchacho navegaba con el padre que era dueño de un buque, pero nunca tuvo ocasion de hacer grandes esfuerzos durante esa época. Cuando fué hombre tenia una tropa de carros, y jamás tuvo ocasion de hacer fuertes trabajos. Ha vivido siempre con comodidad, y ha comido bien.

El padre murió de fiebre amarilla. La madre vive y es sana. Tiene tres hermanos vivos y sanos; y una hermana murió de «pasmo».

Tales son los antecedentes de este paciente, quien el 12 de Diciembre de 1888 presentaba los siguientes síntomas y signos: —Una gran fatiga que le dificultaba hasta el hablar. Hacia ya un año que pasaba la noche en una silla, pues se ahogaba si intentaba acostarse. Un dolor arriba y delante del pecho y atrás del hombro izquierdo; este dolor últimamente comenzaba á estenderse hasta la nuca y detrás del hombro derecho.— El dolor de adelante del pecho era muy fuerte cuando intentaba

toser, ó esgarrar. Otra de las razones por la cual hacia un año que se pasaba toda la noche sentado en una silla, era que el dolor sobre el hombro izquierdo se agravaba si intentaba acostarse.

Los sólidos los tragaba con dificultad. En cuanto á los signos tenia un pulso de Corrigan; los sonidos del corazon eran sustituidos por un soplo sistólico y otro diastólico; el corazon estaba muy dilatado é hipertrofiado; la clavícula izquierda estaba elevada algunos centímetros sobre el nivel de la derecha, y arriba de la tetilla izquierda habia una matitez, y una pulsacion visible. (Como no tomé notas del caso en ese tiempo, siento no poder definir con mas precision estos signos.)

Tratamiento—Medio gramo de ioduro de Potassium tres veces por dia. Una aplicacion endérmica de morfina sobre la parte del pecho adonde el dolor era mas intenso.

Descanso absoluto en cama. Dieta de pescado, pollos, huevos etc, poco líquido, y prohibicion del alcohol en cualquiera forma; atencion á la accion regular del vientre.

Efectos del tratamiento—El efecto de la primera aplicacion endérmica de morfina fué calmarle la fatiga y el dolor á tal punto, que esa noche, recien despues de un año, pudo acostarse en su cama y dormir. Se le pusieron dos aplicaciones mas en los dos dias siguientes, y despues se suspendieron por falta de necesidad. Desde entonces durmió bien todas las noches.

A los 15 dias, el dolor del pecho ya habia casi desaparecido; el dolor del hombro izquierdo se le calmó; el dolor del hombro derecho desapareció al momento.

La fatiga se le comenzó á calmar desde la primera noche. A los cuatro meses y medio se le desapareció del todo.

La dificultad de tragar se le quitó á las seis semanas.

La pulsacion visible arriba de la tetilla izquierda desapareció á los cuatro meses.

Estado del paciente hoy, diez y nueve meses despues de comenzar el tratamiento—Duerme perfectamente bien. No tiene ninguna fatiga. Camina á su negocio 25 cuadras, sin sentir ninguna fatiga ni dolor. Algunas veces, si hace un viaje lejos en el tramway, siente un poco de dolor en el hombro derecho, pero este dolor se le quita al momento que entra

en cama. No tiene ninguna dificultad en tragar, y está aparentemente en un estado de perfecta salud.

Pulso de Corrigan, regular, fuerte.

Impulso cardiaco de fuerza regular. La punta del corazon golpea en el 6º interspacio á 13 centímetros del esternon. Al percutir en la línea parasternal á tres centímetros del borde del esternon hay disminucion de resonancia sobre el primer interspacio y la segunda costilla; despues la nota es resonante hasta llegar al cuarto interspacio adonde hay matitez.

La tercera parte del primer interspacio al lado del esternon da una nota muy disminuida en resonancia; y la correspondiente tercera parte de la segunda costilla de la nota en desminuida resonancia.

La clavícula izquierda está elevada 1 ½ centímetro arriba del nivel de la derecha. Los sonidos del corazon están reemplazados por soplos de los cuales el diastólico se siente mas fuerte en la parte inferior del esternon.

La respiracion sobre el vértice del pecho izquierdo adelante es marcadamente menos ámplia que en el correspondiente lado derecho.

Detrás la respiracion es igual sobre los vértices y sobre las bases.

No voy á discutir aquí si la insuficiencia aórtica que existe en este caso es debida á un estado patológico de las válvulas, ó es debida solamente á un aneurisma situado inmediatamente arriba del orificio aórtico. Sea cual fuese la causa de la insuficiencia, lo práctico es que la insuficiencia desde el principio no ha dado lugar á ningun síntoma por el hecho de que la compensacion cardiaca siempre se mantuvo suficiente. Todos los síntomas eran síntomas referibles á un aneurisma, y nunca ha habido un caso en que su existencia fuera mas palpable; la elevacion de la clavícula izquierda; la disminucion de la respiracion sobre el costado izquierdo del pecho en el vértice; la matitez y la pulsacion visible, sin hablar de los síntomas, todo revelaba claramente la existencia de un aneurisma.

Unas pocas palabras sobre el tratamiento. El Dr. Balfour, de Edimburgo, que ha sido uno de los principales propagandistas en favor del tratamiento de las aneurismas por medio

del ioduro de potasio, ha adoptado un método nuevo en el modo de administrar el ioduro. Lo pone al paciente en cama dos ó tres dias, sin darle ningun medicamento, con el objeto de saber cual es su pulso normal en la posicion reclinada. Luego comienza á administrarle el ioduro en dosis de 25 centígramos cada vez, tres veces por dia. Esta dosis la aumenta hasta que el pulso comienza á acelerarse, y entonces suspende el aumento. El Dr. Balfour ha encontrado que con este método sus resultados son muchos mejores que antes, pues la aceleracion del pulso consecuente con dosis grandes de ioduro interrumpe la consolidacion del saco de la aneurisma. La experiencia del Dr. Balfour le ha demostrado que rara vez es necesario dar mas de 50 centígramos, cada vez, tres veces por dia. Este fué el método que yo adopté con mi paciente, y la dosis que yo le administré fué 50 centígramos, cada vez, tres veces por dia, ó algunas veces un poquito menos que esto.

Las autopsias de los que han muerto de aneurisma por cualquier accidente, mientras se les administraba el ioduro de potassium, han demostrado que la curacion se efectúa por una retraccion del saco, y un aumento en el volúmen de sus paredes, y que la coagulacion dentro del saco no juega mas que un rol secundario.

En cuanto á las aplicaciones endérmicas de morfina, desde que yo leí el uso que Trousseau hacia de estas aplicaciones en casos de neuralgia, las he usado siempre para los dolores de aneurisma, y generalmente con resultados muy buenos. La aplicacion se hace de la manera siguiente: se llena un dedal, la mitad con algodon apretado, y la otra mitad con algodon suelto, préviamente empapado en amoniaco fuerte. Se aplica el dedal sobre la parte dolorida por cinco minutos. Al cabo de este tiempo se saca el dedal, y se encuentra que la epidermis está muy colorado. Entonces con un pañuelo se refriega suavemente esta epidermis, y se desprende con la mayor facilidad. Despues se aplica un centígramo ó lo que sea conveniente de morfina sobre el cútis desnudado, y se cubre la llaguita con un pedacito de tafetan verde como el que se usa en curaciones antisépticas. El tafetan se le sostiene con tira emplástica. Al dia siguiente se saca el tafetan, se refriega la lla-

guita con un pañuelo, y se saca una tela de fibrina que se ha formado en la superficie de la llaguita, y se vuelve á aplicar la morfina, cubierta como antes con un poco de tafetan. Al tercer dia, ya no absorbe mas este cútis, y hay que hacer una nueva aplicacion en otra parte. El efecto de la morfina aplicada de esta manera, es especial; difiere de la morfina injerida, y de la morfina administrada hipodérmicamente. Es una accion tópica y prolongada.

En el caso de mi paciente me dió los mejores resultados.

Sin duda en el caso de mi enfermo, el contínuo sufrimiento en que habia estado tanto tiempo habia exagerado sus síntomas y éstos respondian en parte á un estado nervioso. Solamente así me explico la rápida mejoria que produjeron estas aplicaciones.

Tocante al descanso, yo lo considero indispensable para una curacion. Yo he visto notables mejorias sin el descanso absoluto, pero sin él, nunca he visto un bien permanente.

A mi paciente lo tuve nueve meses en cama, sin levantarse un solo dia.

Tocante á la dieta, no estoy por una muy rigurosa. Si el saco se cura principalmente por la hipertrofia de sus paredes necesita que el paciente se alimente. Eso de no darles casi de comer estaba bueno cuando se creia que las aneurismas se curaban simplemente por la coagulacion de la sangre. En la práctica se vé que hay casos que mejoran cuando se les mejora la dieta. Por lo general creo que conviene aconsejar una dieta algo liviana, especialmente, que como el paciente está en cama no necesita mucho alimento. Me parece importante restringir en algo el uso de los líquidos, para no elevar la presion de la sangre, y sobre todo prohibir toda clase de alcohol cuyos efectos son generalmente tan perniciosos en casos de aneurisma, por la misma razon. Un detalle importante es regularizar la accion del vientre, ya sea por medio de lavativas, ó de cualquiera otra manera, pues los esfuerzos que haga una persona seca de vientre pueden contrarrestar en mucho los efectos del tratamiento.

Como al mes de estar levantado mi paciente noté que la pulsacion en la carótida derecha era mucho mas fuerte que en

el lado izquierdo (el lado del aneurisma). Recordé un caso que me habia sido relatado de un paciente que tenia un aneurisma en la pierna, y no sé por qué razon hubo que amputársele la pierna. La amputacion se llevó á cabo con la venda de Esmarch, con la pérdida de muy poca sangre. El paciente sanó, pero al muy poco tiempo se desarrolló un aneurisma en el tórax. Yo pensé entonces que la retraccion de la aneurisma en el caso de mi paciente pudiera causar el desarrollo de otra aneurisma en esta parte. Bajo este concepto le sangré 300 gramos, y al mes siguiente le quité 550 gramos.

Algunos creerán temerario sangrar á una persona que padece de insuficiencia aórtica, y que necesita toda su sangre para mantener la compensacion de su hipertrofia cardiaca. Pero el paciente mio tenia la hipertrofia perfectamente compensada, y en vista del peligro que yo veía aparecer, creí necesario correr cierto riesgo. Las dos sangrias, felizmente, no le alteraron en nada la compensacion cardiaca y tuvieron el resultado deseado de disminuir la pulsacion en la carótida derecha.

Hay casos de aneurisma en que la sangría es absolutamente necesaria. Yo recuerdo un caso de aneurisma toráxica que ví hace como dos años. El hombre sufria intensamente de dolores. Se presentó á mi estudio un dia con su pecho marcado con inyecciones hipodérmicas y con aplicaciones de fierros calientes. Yo le receté aplicaciones endérmicas de morfina. Estas le dieron mas alivio que ningun otro tratamiento, pero el alivio era muy pasajero. El paciente no podia quedarse en cama por los dolores.

Entonces lo hice sangrar, y el efecto fué sorprendente.

Los dolores desaparecieron, y el paciente á las dos semanas se fué á la República Oriental, adonde fué llamado urgentemente por un miembro de su familia que estaba enfermo.

Volviendo otra vez al paciente cuya enfermedad es el tema de este artículo, hace dos meses y medio que suspendió el tratamiento, por considerarlo ya innecesario. Los que tengan la oportunidad de examinarlo se darán cuenta con facilidad que ahí existe un aneurisma, pero al interrogar al paciente, tambien se darán cuenta que el aneurisma que hoy existe es una cosa diferente del aneurisma que existia. La que existia era un aneurisma en via de desarrollo; la que existe hoy

es un aneurisma consolidada. ¿Se puede considerar á este paciente curado?

Como médicos diremos que no, como hombres prácticos diremos que sí. Porque un hombre que tiene una lesion orgánica en su cuerpo, que su naturaleza ya sea por sí sola, ó ya sea ayudada por la ciencia médica, neutraliza los males efectos, ó se ejerza de tal manera que la lesion se vuelve completamente inofensiva; ese hombre á pesar de su lesion orgánica, es un hombre sano.

Y de todas maneras es un triunfo para la ciencia médica que un paciente que hacia meses se encontraba en un estado desesperante, sin poder acostarse siquiera en su cama, mortificado por una fatiga incesante, aquejado por fuertes dolores, y hasta con dificultad para tragar su comida; es un triunfo para la ciencia médica que á tal paciente se lo pueda devolver á la sociedad libre de todos estos síntomas, y en estado capaz de llenar sus deberes en la esfera especial en que se encuentre.

DE LA ESCARLATINA ANORMAL

A propósito de tres casos observados en una misma familia

Por el Dr. J. Dartayet

A pesar de los datos tradicionales que nos ponen en guardia contra las anomalías tan diversas de la escarlatina, sucede muchas veces que el médico, engañado por una sintomatología absolutamente diferente del tipo, ó mejor dicho, de los tipos clásicos, desconoce esta enfermedad ó vacila en confirmar su existencia. Ordinariamente, tales fenómenos, como la descamacion cutánea ó lingual, levantan mas ó menos tardíamente las dudas ó rectifican un diagnóstico falso. Empero, muchas veces tambien, la enfermedad permanece oculta á tal punto que no revela su secreto, ni aún durante la convalecencia. Tal fracaso me ha sucedido en tres casos de erupcion escarlatinosa, ó para

no prejuzgar nada—escarlatiniforme, sobrevenidos sucesivamente en una misma familia y que merecen ser brevemente expuestos.

El primero de Octubre de 1889 fuí llamado para ver un jóven de 18 años, con una erupcion que se le habia observado esa misma mañana. Estrictamente localizada á las dos nalgas, esta erupcion presentaba todos los caractéres del exantema escarlatinoso: estaba constituida por placas de un color rojo subido, con punteado poco marcado, que desaparecia bajo la impresion del dedo, y lijeramente pruriginosa. La madre afirmó que la víspera no existia ninguna erupcion y que el jóven no habia esperimentado ningun fenómeno mórbido, salvo un lijero malestar y una disminucion del apetito, sin calor en la piel la antevíspera á la noche. En el momento de mi exámen, estaba alegre, pedia de comer, no habia fiebre, ni angina, ni trastorno digestivo alguno.

A la noche los fenómenos locales no habian variado.

Al dia siguiente, lo mismo: la erupcion habia quedado localizada á las nalgas. Desapareció al fin del tercer dia, sin que se produjese descamacion apreciable.

Con estos datos me creí autorizado para formular el diagnóstico de eritema escarlatiniforme, recomendando al mismo tiempo alejar los otros niños por algunos dias.

El 7 de Octubre volví á casa del enfermo para cerciorarme de la falta absoluta de descamacion en él, cuando se me presentó su hermana de catorce años de edad con la que no se habia observado el aislamiento por cuanto habia padecido una escarlatina grave siete años antes.

Desde la víspera á la noche esta niña habia tenido una fiebre alta con anorexia, una tos quintosa y un lijero romadizo, la lengua súcia, la piel caliente, el pulso rápido;—la auscultacion y la percusion normales; coloracion un poco intensa de la faringe, pero sin haber erupcion.

Al dia siguiente, los padres descubrieron en el pecho y los brazos la existencia de una erupcion, segun ellos, idéntica á la observada en el hermano, pero como los otros fenómenos mórbidos habian desaparecido casi por completo y la erupcion se borró desde el dia siguiente, no creyeron deber prevenírmelo.

Yo no supe estos últimos detalles sino el 21 de Octubre por la madre, que á su vez se sentia bastante enferma. El 19 de Octubre habia esperimentado un gran malestar, con escalofrios, náuseas y anorexia absoluta.

Aunque los fenómenos observados en los dos hijos hubiesen llamado mi atencion en el sentido de una escarlatina, no encontraba nada en la madre que justificara semejante diagnóstico. Fiebre alta, 95 pulsaciones, cefalalgia, lengua saburral, anorexia absoluta, pesantez de estómago, constipacion, dolores en los miembros; este conjunto concordaba al contrario con la idea de un embarazo gástrico febril, y eso tanto mas cuanto que no habia ninguna manifestacion anginosa ni ninguna erupcion al *tercer dia* de la enfermedad.

El 23 de Octubre un purgante determinó una lijera mejoría, pero en este momento la enferma sintió un fuerte dolor en la garganta, que era asiento de una rubefaccion bastante notable.

Al dia siguiente, por último, *cinco dias* despues del principio de la enfermedad, la paciente se quejaba de una lijera sensacion de comezon al nivel del pecho y de los brazos, y comprobé en estas regiones una erupcion francamente escarlatinosa, de un rojo aframbuesado, con punteado bien manifiesto y algunas vesículas de miliar. La fiebre no habia disminuido y la lengua estaba siempre saburral.

El 25 de Octubre el exantema habia invadido el cuerpo entero y el eritema faringeo estaba aún acentuado.

El 26 de Octubre la situacion no se habia alterado en nada.

El 27 del mismo mes el exantema comenzó á palidecer, la fiebre descendió, el apetito reapareció un poco y desaparecieron los dolores de los miembros.

La mejoria continuó progresivamente los dias siguientes.

El 29 de Octubre la piel habia recuperado su coloracion normal y la enferma entró en convalecencia. En razon de la torpeza bastante persistente de las funciones digestivas, aquella fué bastante lenta. Se produjo al nivel de las extremidades superiores é inferiores una descamacion lijera, de la que no quedaban vestigios el 2 de Noviembre.

¿Es necesario discutir la naturaleza de la enfermedad que ha atacado sucesivamente á tres de los miembros de la misma familia?

Sí en los dos jóvenes, tomados aisladamente, el varon sobre todo, el diagnóstico de erupcion escarlatiniforme era sostenible, ¿puede ser dudoso en presencia de los fenómenos observados algunos dias despues por la madre?

Pero, si yo he tenido realmente que tratar tres casos de escarlatina, ¡cuántas anomalías no se han presentado!

En el primer caso, la erupcion de localizacion insólita, sin ninguna manifestacion mórbida apreciable.

En el segundo caso, los prodromos recuerdan mas bien el sarampion que la escarlatina, y esto en una niña que habia ya tenido, segun se afirma, un ataque evidente de esta última enfermedad.

Por último, en la madre, la aparicion del exantema faríngeo al cuarto dia y la erupcion al *quinto dia* solamente de la enfermedad!

Este último hecho es tan insólito que se puede interrogar si la fiebre eruptiva no ha venido en ella á ingertarse sobre otro estado mórbido absolutamente distinto, como un embarazo gástrico febril.

Seria difícil, creo, pronunciarse absolutamente á este respecto, tanto mas, cuanto que no he podido seguir particularmente bajo el punto de vista de la evolucion térmica, los primeros dias del proceso patológico. Pero esta hipótesis no deja de ofrecer por eso un bien débil grado de verosimilitud, y las probabilidades parecen estar en favor de la idea de que sea una escarlatina habiendo tenido un período de invasion de cuatro ó cinco dias. Se encuentran, por otra parte, algunos ejemplos en la ciencia, particularmente la observacion referida por Trousseau en sus clínicas, en la cual la erupcion no apareció sinó al octavo dia de la enfermedad.

ECTOPIA RENAL CONGÉNITA

Por José M. Cullen

Secretario del Circulo Médico Argentino

En la asamblea científica del 15 de Julio, hablando sobre esta cuestion, dijo el señor J. M. Cullen lo siguiente:

El caso que presento á vuestra consideracion pertenece al género de anomalías conocido con el nombre de *ectopias renales congénitas permanentes;* fué encontrado en una autopsia practicada en el anfiteatro del Hospital de Clínicas el dia 21 de Junio del corriente año.

Se trataba de un hombre de 35 años de edad, de buena constitucion, musculatura bien desarrollada, que llegó al anfiteatro con certificado de defuncion por hemorragia cerebral. No se encontró en ninguno de sus órganos lesion patológica alguna digna de tenerse en cuenta, á no ser una enterocolitis de poca gravedad. En el cerebro faltaba por completo todo foco hemorrágico.

Al examinar los riñones nos sorprendió la forma que tenian, á la par que la distribucion de sus partes.

Se hizo una inyeccion á la cera de sus vasos arteriales; y separados los órganos con la parte del tronco á ellos anexa pudimos comprobar y medir detenidamente los diferentes diámetros, altura al nivel de las vértebras, etc. que tenian.

Encontrábanse ambos riñones reunidos por sus extremidades inferiores al nivel del cuerpo de la tercera vértebra lumbar. La reunion se hacia por simple fusion, es decir, que la sustancia uniente era esencialmente glandular, como se vió por los cortes que en ella practicamos. Teníamos entónces, por delante, una forma *mas frecuente*, entre las muy raras, de *riñon en forma de herradura de caballo*, ó sea una clase de los riñones descritos por Morgagni como *solitarios*, aquella en que la concavidad de la herradura mira hácia arriba y que resulta de la fusion de las extremidades inferiores de los riñones.

Se han dado casos en que la concavidad formada por las extremidades superiores miraba hácia abajo.

Creo que el que nos ocupa debe colocarse al mismo tiempo que en el órden que con Morgagni le hemos ya asignado, en el segundo de los tipos descritos por Rayer para estas anomalías renales, es decir, aquel en que el *itzmo* (sustancia uniente), es ancho y semejare un poco á un riñon pequeño. La rareza con que se presentan, como que constituyen un *verdadero capricho* de la naturaleza por cuanto no siguió ésta en la evolucion embrionaria el comun camino para el desarrollo de este órgano, es lo que despierta más el interés del observador. Pero, poco ó nada nos enseña la estadística á este respecto, pues si en un año, por ejemplo, se han observado hasta diez ó veinte de estos casos, suele pasar un período de quince y más años sin que se presente uno solo. Entre nosotros parece ser el primero encontrado, por lo menos, de que se tenga cuenta hasta ahora.

Presenta para sus descripcion tres partes: 1ª Sustancia renal; 2ª pelvis renal, uréteres, glándulas supra-renales; 3ª distribucion de los vasos.

Sustancia renal—La masa renal con dos vértices superiores, uno derecho al nivel de la duodécima vértebra dorsal y otro izquierdo á igual altura, sigue descendiendo á ambos lados de la columna vertebral, y con los diámetros que damos en seguida hasta el punto de fusion de las extremidades inferiores al nivel del cuerpo de la tercera lumbar, donde se presenta la sustancia uniente ó itzmo, cabalgando sobre el cuerpo de la tercera lumbar.

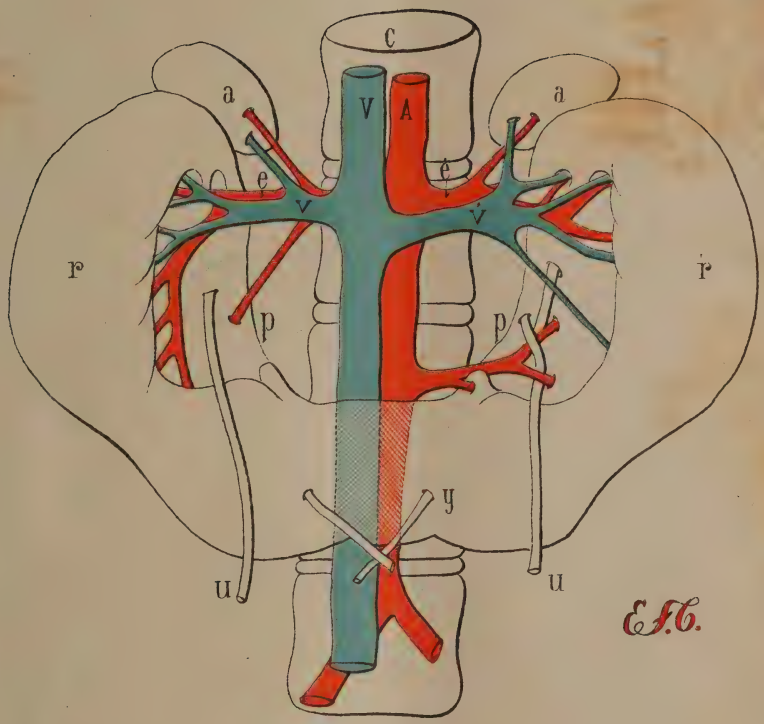
La altura de los riñones, un poco mayor que la normal, era para el lado derecho de 0.12; para el izquierdo 0.11; el diámetro transversal progresivamente disminuido desde la parte superior donde alcanzaba á 0.06 hasta la inferior donde media 0.04, en ambos lados. La parte uniente (itzmo) tenia 0.07 de largo; diámetro trasversal en su parte media 0.06, en su pequeña concavidad superior 0.6 1/2 en la inferior; por 0.02 1/2 de diámetro vertical.

Por lo demás, la distribucion de la sustancia renal en todo el órgano se encontraba perfectamente normal.

Las cápsulas suprarenales separadas no presentaban nada

J. M. CULLEN

ECTOPIA RENAL CONGÉNITA.



REFERENCIAS

a Cápsulas suprarenales.
r Riñon derecho.
r' Riñon izquierdo.
y Itsmo.
u Ureter.
p Pelvis.
C Columna vertebral.
A Arteria aorta.
V Vena cava infer.
e Arteria emulg. derecha.
e' Arteria emulg. izquierda.
v Vena emulg. derecha.
v' Vena emulg. izquierda.

de particular. Cada una de las dos extremidades superiores del riñon tenia la suya

Las pelvis renales se extendian en los dos riñones (en el ileon) hasta muy cerca del mameloncito que tenia el itzmo, y allí macroscópicamente, por lo menos, parecia perderse.

En ambos lados presentaba una longitud igual. Los uréteres salidos de las partes medias de las pelvis atravesaban la sustancia por encima de ella, y con una longitud de 0.17 centímetros iban á desembocar á la vejiga por dos conductos diferentes. La vejiga no mostró nada.

Es otra curiosa observacion de los riñones en forma de herradura, la de que su distribucion vacular varía muchísimo.

Así se han dado casos en que muy semejantes las demás partes componentes del órgano así conformado, presentaba, sin embargo, arterías y venas diferentes.

En el que nos ocupa la red vascular del riñon derecho, difiere bastante de la del izquierdo, como se verá por los datos que daremos que fueron sacados con bastante esmero.

La emulgente derecha salida de la aorta al nivel de la primera lumbar se dirige paralelamente á la parte superior de esta vértebra hasta una extension de seis y medio centímetros, tronco del que salen dos ramitos para la cápsula suprarenal correspondiente. Despues de este trayecto se divide en dos: uno, que costea el borde superior del ileon, dándole diversas ramas, y se termina despues de un trayecto de unos ocho centímetros introduciéndose y perdiéndose en el interior del parénquima renal. La segunda rama de division, que corresponde al borde mas inferior del ileon, costea este dándole cinco ramas, diversas tambien, y vá hasta una distancia mayor que el tronco superior, á introducirse igualmente en el parénquima renal.

Entre las últimas ramificaciones de este tronco parece establecerse comunicacion con las arteriolas del itzmo, venidas directamente de la aorta, como luego diremos.

El tronco venoso emulgente de este lado derecho divídese en dos troncos que penetran en el ileon al nivel de las arterías. Dá tambien venillas para la cápsula.

En la parte izquierda, la emulgente á medio centímetro

mas arriba que la derecha ofrece una direccion suavemente ascendente hasta los seis centímetros despues de su nacimiento de la aorta; á este nivel se divide en dos troncos menos gruesos que los de la derecha, circunstancia que responde indudablemente al menor número de ramos que dá tambien á su correspondiente riñon.

El correspondiente al borde superior del ileon lo costea, le da ramos y se termina á los siete centímetros.

El del borde inferior con menos ramos que el superior se distribuye en este borde como el de la derecha, guardando con la arteria ó tronco superior de este lado izquierdo la misma disposicion que hemos descrito para el lado derecho entre sus troncos superior é inferior.

En esta parte izquierda existe una arteria que no hemos encontrado en la derecha, que viniendo directamente de la aorta á la altura de dos y medio centímetros debajo de la emulgente se distribuye en la parte inferior del borde inferior del ileon, á donde no llegaban las divisiones de la emulgente, y así queda formada una especie de arcada arterial.

El calibre de esta arteria especial era regular, estaba tapado por la sustancia renal correspondiente al itzmo, y al nivel del mameloncito izquierdo de éste se bifurca para dar la arteria ya descrita y un tronco que, subiendo á la sustancia glandular del itzmo se distribuye en él.

Las venas presentaban en este lado la distribucion siguiente: tronco para la cápsula suprarenal; otro para la parte interna de la extremidad superior del órgano al nivel del punto de entrada de la arteria correspondiente. Podemos comparar el tronco venoso emulgente por su distribucion á la primera rama de bifurcacion de la arteria emulgente derecha. Y en efecto, despues de dar á cuatro centímetros la vena para la cápsula suprarenal se bifurca en dos troncos,—uno, el ya descrito—y otro que costea el borde del ileon hasta cerca del punto de union del itzmo con la sustancia propia del riñon izquierdo. Diversos ramos salen del interior del parénquima para venir á concurrir á esta vena.

El itzmo recibe de la aorta, al nivel de su bifurcacion en ilíacas primitivas, un tronco voluminoso que directamente ascendente y caminando de derecha á izquierda sobre la aorta,

llega á la cara inferior del itzmo donde penetra á un centímetro á la izquierda del surco medio inferior. Una vena sale del itzmo á un centímetro á la derecha del mismo surco medio, y costeando el lado derecho de la aorta cruza la ilíaca primitiva del mismo lado, se echa en la vena cava al nivel de su bifurcacion; de este modo la arteria y la vena forman un ángulo de abertura inferior de 45º.

Son estos los principales datos anatómicos que pudimos recojer. La distribucion nerviosa no nos fué posible concervarla.

La pieza existe en el museo de anatomía patológica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL BERI-BERI

Investigaciones bacteriológicas

(NOTA PREVENTIVA)

Por el Dr. José Musso y Juan B. Morell

LABORATORIO DE BACTERIOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO

Director: Profesor José Arechavaleta

El Círculo Médico Argentino ha recibido de Montevideo la comunicacion que sigue:

La insuficiencia de las investigaciones bacteriológicas practicadas sobre la etiología del beri-beri aun por lo que se refiere á los trabajos de Ogata, Lacerda, Pechelharing y Winkel, insuficiencia notada tambien por Baumgarten, nos ha inducido á practicar algunos estudios en este sentido.

El material para nuestras investigaciones nos fué dado por un enfermo proveniente de Matto Grosso, que pudimos estudiar antes que lo trasladaran al asilo de aislamiento.

Prévia desinfeccion de la piel (lavado sucesivo con jabon y agua caliente, sublimado al 1 %, alcohol y éter), se practicó con un escalpelo esterilizado un pequeño corte del dermis de la region

anterior de la pierna. Con aguja de platino esterilizada fué recojida la sangre que de allí salió é inmediatamente transportada en varios tubos: 4 de suero sólido, 3 de gelatina, 2 de caldo simple y 2 de caldo glicerinado. La inoculacion se hizo con el ansa en los tubos de suero y caldo, y con la aguja recta en los de gelatina.

Se colocaron en termóstatos á 37° y 20° respectivamente.

Al cabo de 36 horas se notó proliferacion en tres tubos de suero, en los dos de caldo simple y en uno de caldo glicerinado, es decir, en 6 sobre 11 infestados.

Examinados los tubos se vió que existia una forma especial de microorganismos en estado de pureza en todos los tubos, menos en uno de caldo donde estaba mezclado con formas bacilares comunes.

La constancia de este microbio en los tubos donde se habia desarrollado y sus caractéres especiales, nos indujeron á estudiarlo.

Observado el microbio en gota colgante y sin coloracion se nos presenta bajo una forma casi esférica ó esferoidal, reunidos los individuos en diplococus ó tetrados, de movimientos propios y cuyas dimensiones son de 1.40 μ á 2.90 μ.

Colocadas convenientemente se vé que las esferas están constituidas en realidad por un microbio mas pequeño (de 0.55 μ á 1.11 μ) envuelto en una cápsula unicelular.

El método que mejores resultados nos ha dado para la diferenciacion, siempre difícil, del microbio y de la cápsula, ha sido el siguiente:

Se saca muy lentamente el cubre objeto, y *sin fijarlo* se le somete á la accion del líquido de Ziehl por 2 ó 3 minutos, observándole despues de haberle lavado con agua destilada. Los lavados con alcohol, aun ténue, decoloran completamente la cápsula.

La coloracion practicada por el líquido de Ziehl despues de haber calentado el cóver, dá una cápsula casi incolora.

La existencia de esta cápsula indudablemente de naturaleza mucosa, nos explica la coherencia especial de las culturas y la dificultad que existe para separar entre sí á los coccus.

Las colonias en chapas de gelatina se nos ofrecen, despues de 5 dias de estar colocadas en un termóstato á 20°, en forma de gotas blancas con tinte amarillento, prominentes y algo granulosas. En chapas de agar-agar se observa un aspecto análogo

Las funciones en la gelatina se desarrollan poco en la superficie donde forman un disco frangeado de aspecto traslucido, y como nódulos blanquizcos á lo largo de la picadura.

La gelatina *no sufre liquacion.*

Las estrias hechas en suero solidificado y en agar-agar se desarrollan en gotas al principio transparentes como gotas de rocío, que se ponen opacas mas adelante y que se hacen visibles sobre todo cuando se las moja.

Las inoculaciones practicadas en los conejos por via hipodérmica nos han dado una polineuritis degenerativa. Los cultivos hechos con los nervios del conejo nos han dado resultado positivo.

Nos reservamos ampliar esta nota preventiva, especialmente en lo que se refiere á las lesiones histológicas, en una próxima comunicacion.

Montevideo, 9 de Julio de 1890.

EL HIPNOTISMO ANTE LOS TRIBUNALES ARGENTINOS

Publicamos á continuacion el informe médico legal que los señores doctores Cabred, Gache, Piñero, y Fernandez han elevado al juez competente, acerca de un sujeto que acusa á otro de haberle hecho suscribir un pagaré valiéndose del hipnotismo.

Hélo aquí:

Buenos Aires, Julio de 1890.

Al Sr. Juez de Instruccion en lo Criminal.

Los médicos que abajo firmamos, nombrados por S. S. para efectuar el reconocimiento médico legal del Sr. E. D. C.... despues de aceptado el cargo y prestado el juramente de ley, tenemos el honor de elevar el presente informe, en que consignamos el resultado de las observaciones practicadas en dicho sujeto.

Conmemorativos. E. D. C... es italiano, de 22 años de edad, soltero y de oficio impresor. Tenia dos años cuando su

familia vino á establecerse en la República Argentina. Su padre no ha sufrido de padecimientos nerviosos ni diatésicos de ningun género; tampoco ha hecho abuso de bebidas alcohólicas. Su madre ha tenido accesos histéricos; sus tios han sido locos. De sus abuelos no se ha podido recojer dato alguno. Una hermana suya padece de histerismo.

Ha sido siempre enfermizo, sufriendo particularmente de trastornos digestivos. No ha hecho abuso de bebidas espirituosas ni tenido sífilis. No ha presentado accesos de sonambulismo espontáneos, ni padecido de incontinencia nocturna de orina.

A la edad de 14 años ingresó en un regimiento de artillería, sirviendo en él durante seis años, al cabo de cuyo tiempo abandonó completamente la carrera militar porque no tenia, segun confiesa él mismo, la necesaria energía moral para el buen desempeño de las severas obligaciones que aquella impone. Ocupó, en seguida, el puesto de archivero del telégrafo de la Policía, empleo que tambien renunció para instalar el establecimiento de impresiones que actualmente dirige en la calle Santiago del Estero núm...

Ha sufrido tres ó cuatro veces, con largos intervalos, accesos nerviosos, los cuales segun la descripcion hecha por él, serian de carácter histérico. El primero de éstos se produjo hace tres años, y el último á fines del año pasado. Pero han sido los trastornos gastro-intestinales (dispesia), lo que más le ha molestado, y, últimamente, la creencia que tenia que alojar en sus intestinos una enorme lombriz solitaria. Esta creencia no reposa en ningun dato exacto.

Despues de haber empleado muchos tratamientos y consultado á varios médicos sin haber obtenido mejoría, aceptó el uso de la medicacion hipnótica, con la cual prometía curarle de la lombriz solitaria, la persona á quien acusa hoy del delito que motiva la presente causa.

Fué sometido, dice, durante dos meses, tres veces por semana, al hipnotismo, sin conseguir tampoco por este medio expulsar el incómodo huésped que supone habita su cuerpo.

Estado actual. D. C..., es de talla mediana, color blanco, fisonomía poco expresiva, sumamente miope, de constitucion débil y temperamento extremadamente nervioso. Su sistema

muscular se halla regularmente desarrollado. Tiene una hernia inguinal derecha y señales de adenitis supurada en el lado izquierdo del cuello. Las grandes funciones orgánicas, aparte de los trastornos digestivos que no tienen gravedad alguna, se verifican fisiológicamente.

El cráneo, la cara, el tórax, los miembros, etc. etc., no presentan ninguna de las anomalías ó vicios de conformacion observados en los seres cuya organizacion se desvia del tipo antropológico normal.

Explorada la sensibilidad física, se encuéntran en la region del hombro derecho y en la del tercio superior del brazo del mismo lado, pequeñas zonas insensibles al dolor y al calor (estigmas histéricos). Fuera de estos puntos la sensibilidad es normal. No presenta zonas histerógenas. La sensibilidad especial del olfato, del gusto, y del oído, es tambien normal. En cuanto al aparato de la vision, cuyo funcionamiento se halla tan á menudo alterado en casos como el presente, el prolígo exámen practicado por el Dr. Lagleyze, dá los siguientes resultados:

«Astigmatismo miópico compuesto en los dos ojos. Agudeza visual: O. D. 1/8; O. I. 2/3. Vision luminosa: normal en ambos ojos. Vision cromática (de los colores), central: ciego para el violeta y verde en ambos ojos. Periférica: ligera reduccion concéntrica de 15º arriba y adentro del campo visual. Vision periférica: normal en ambos ojos. Acomodacion normal. En el ojo derecho estafiloma de marcha progresiva.»

La falta de vision para los colores violeta y verde (centrales), así como la lijera disminucion de la de los colores periféricos, es tambien, en este caso, un signo físico ó estigma de histeria.

Analizada la personalidad psíquica de C. D.... se comprueba fácilmente su inferioridad.

Ofrece escaso desarrollo mental, que se revela por la lentitud en las concepciones, la pobreza de memoria, y, como es consiguiente, la falta de seguridad en los juicios; ha asistido varios años á buenos colegios pero la instruccion que ha adquirido es apenas elemental.

Es bondadoso y tímido de carácter, faltándole para el trabajo material energía duradera.

En las manifestaciones de su afectividad se ha mostrado

siempre extremadamente sensible, ó más bien dicho morbosamente sensible, pues todas aquellas causas que solicitan la sensibilidad moral en su expresion dolorosa han producido en él efectos tan intensos que han ido hasta determinar la pérdida momentánea del conocimiento, convulsiones etc. etc. A una de esas causas (la muerte inesperada de un hermano) atribuye el orígen del primero de los accesos nerviosos que sufre, los cuales aun cuando no han sido observados por ninguno de nosotros, no repugna aceptarlos como reales, dada su constitucion neuropática y los estigmas histéricos que presenta.

Las funciones genésicas se verifican con tal debilidad que rayan en la anafrodisia.

Este sujeto, que ofrece, como queda dicho, rasgos marcados de debilidad intelectual, de carácter y de emotividad exagerada, y que además presenta las estigmas de la neurosis histérica, pertenece, pues, legítimamente, á la gran familia neuropática. Era de suponer, por consiguiente, se hallase predispuesto á la neurósis hipnótica, pero para comprobar dicha predisposicion indispensable era someterle á una série de experiencias que determinasen la aparicion de los síntomas que constituyen el hipnotismo en cualquiera de sus formas. Así lo hicimos, dedicando á ellas siete laboriosas sesiones.

Las experiencias comenzaron en el Juzgado de S. S., continuaron en casa de uno de nosotros (Dr. Piñero) y, merced á ellas, podemos contestar debidamente á las preguntas del cuestionario que nos ha sido sometido, que envuelven, á no dudarlo, problemas de patología nerviosa y de psicología mórbida de difícil solucion.

El estudio del hipnotismo se halla erizado de grandes dificultades, ofreciendo todavia muchos puntos de interpretacion controvertible, lo cual explica las diferentes apreciaciones que sobre ellos se hacen en las dos escuelas que mas se ocupan hoy de este género de investigaciones: la de la Salpétrière y la de Nancy. Pero no es este el lugar de exponer las desidencias doctrinarias que dividen á ambos centros científicos. Diremos, sí, que partidarios del método experimental, que emplea los procedimientos seguros de la observacion clínica y de la experimentacion fisiológica, lo hemos seguido en el curso de nuestras observaciones con la seguridad de obtener siempre

resultados positivos cualquiera que fuera la magnitud de éstos.

Antes de pasar adelante conviene, para la fácil comprension de los fenómenos hipnóticos observados en este caso, recordar que, la neurósis experimental llamada «hipnotismo», se compone de varios estados ó períodos que pueden presentarse reunidos ó separados, segun los individuos, y que cada una de esas diferentes faces se manifiesta á su vez en grados diferentes.

Existe lo que se llama el grande y el pequeño hipnotismo, que no difieren sinó por el mayor ó menor número de síntomas así como por la intensidad de éstos.

Los casos de grande hipnotismo no se observan por lo general sinó en sujetos atacados de la grande histeria ó histero-epilepsia, y tampoco en el mayor número de éstos. Por el contrario, los de pequeño hipnotismo se ven á cada paso en personas histéricas ó no. Además, es un hecho demostrado que la repeticion frecuente del hipnotismo aumenta la impresionabilidad, haciéndose más fácil, por consiguiente, la aparicion de éste. Es así como á medida que se repiten los experimentos van apareciendo fenómenos cada vez mas acentuados y completos hasta presentarse reunidos los estados que constituyen la grande hipnósis: letargia, catalepsia y sonambulismo. Es una especie de educacion ó adiestramiento que perfecciona el sistema nervioso haciéndolo gradualmente más sensible á la experimentacion. Obsérvase, sin embargo, sujetos sanos, nerviosos ó no, é histéricos completamente refractarios á la accion de las prácticas hipnógenas.

Provocóse en D. C... el sueño artificial por medio de la fijacion de la mirada en un objeto brillante, manifestándose primeramente el período llamado *letargia*. Esta se caracterizó por un sueño profundo, insensibilidad completa, resolucion de los miembros, ligero aumento de los reflejos tendinosos, y por la ausencia total de la actividad sensorial y psíquica.

Ha faltado siempre la hiperexcitabilidad neuro-muscular, que constituye en las formas tipicas, clásicas, por decirlo así, del hipnotismo, el carácter objetivo mas importante de ese período. No fué posible, por consiguiente, producir el cono-

cido fenómeno del grifo cubital (flexion del dedo meñique y del anular) ni otros dependientes del mismo estado.

En ciertos momentos la resolucion de los miembros desaparecia, reemplazada por una rigidez cataleptiforme, y era posible entonces, colocarlos en posiciones más ó menos difíciles que conservaba mucho tiempo. Estas alternativas de resolucion y de rigidez constituian, pues, un estado mixto de letargia cataleptiforme.

Abriéndole los ojos, lo cual era muy difícil á causa de la fuerte contraccion de los músculos palpebrales, y acercándoles la luz de un fósforo, determinábase un estado cataleptiforme más intenso y de mayor duracion. Los ojos permanecian semi-abiertos ó cerrados. Provocábanse contracturas generalizadas que imprimiendo gran rigidez á los músculos permitia colocar, entre otras posiciones violentas, al cuerpo extendido sobre dos sillas, asentando únicamente con la nuca y los talones.

No habia en los miembros la ligereza y flexibilidad de cera que caracteriza la catalepsia pura.

La sensibilidad general continuaba abolida; la sensorial era menos obtusa que en el estado anterior; la pupila reaccionaba fácilmente á la luz. La fisonomía permanecia inalterable, siendo imposible despertar en ella la expresion pasional correspondiente á determinadas posiciones de los miembros. Los reflejos tendinosos eran normales. La actividad psíquica estaba abolida. En este estado, y sin efectuar maniobra alguna, reaparecian los síntomas del período anterior: sueño profundo, resolucion muscular, etc, etc. Soplándole en los ojos se despertaba fácilmente, no recordando absolutamente nada de lo que le habia pasado.

Estos fueron los síntomas somáticos ó físicos mas importantes observados en el hipnotismo de D. C..., de cuya realidad no abrigamos duda alguna porque fueron rigurosamente controlados por los medios que la fisiología experimental pone al servicio del estudio clínico.

Imposible fué provocar, á pesar de reiteradas tentativas, el estado de sonambulismo, que es, á no dudarlo, el más interesante del punto de vista psicológico y llamado con razon período hipnótico médico legal. Es, en efecto, en esta faz que

se manifiestan especialmente los curiosos fenómenos de sujestion, pues se encuentra en ella, y á veces tambien en la catalepsia, la actividad sensorial é intelectual que es la condicion necesaría para que se produzcan aquellos. La ausencia del sonambulismo en el caso actual no es de estrañar, porque falta, en los sujetos hipnotizables, en uno por cada diez. Esto no obstante, intentamos en todas las sesiones celebradas provocar sugestiones, elijiendo el período cataleptiforme, en el cual la actividad sensorial parecia no haber desaparecido por completo.

Sugestiones de ilusiones (falsas percepciones de objetos reales), de alucinaciones (percepciones sin objeto), de actos variados, y, sobre funciones orgánicas, todo lo ensayamos sin éxito alguno. Idéntico negativo resultado obtuvimos, como era de esperarse, cuando tratamos de suscitar sugestiones *post hipnóticas*.

Esta imposibilidad de producir sugestiones se explica perfectamente, pues como lo decimos mas arriba, la inhibicion ó suspension de las funciones de los sentidos y de la inteligencia observada en el hipnotismo incompleto de este sujeto, imposibilita la aparicion de las mismas.

En presencia de estos resultados, ¿estaríamos autorizados para afirmar la falta absoluta de sugestionabilidad en D. C...?

Es probable, casi seguro, que sometido á una larga série de experimentos que produjesen el *cultivo*, por decirlo así del hipnotismo, se despertasen en él, no solo mayor variedad de síntomas físicos, sino tambien las sugestiones que hoy faltan.

Del estudio que antecede, en el que aparece D. C... examinado en la constitucion física y psíquica, y sometido á una série de experiencias de hipnotismo cuyos resultados se exponen, creemos poder formular conclusiones precisas con las cuales contestamos á las dos preguntas del cuestionario que S. S. nos ha planteado. La primera dice:

«Si el temperamento de D. C... está predispuesto para la hipnotizacion y sugestion.»

La segunda: «Si es posible, mediante la sugestion *post-hipnótica*, hacer suscribir documentos ó efectuar otro acto análogo á un sujeto de las condiciones del mismo.»

A la primera parte de la primera pregunta, contestamos:

1º. Que E. D. C... no solo se halla, por su temperamento, predispuesto al hipnotismo, sino que tambien presenta síntomas marcados de esta neurósis.

2º. Que clasificamos su hipnotismo de *letargia cataleptiforme.*

A la segunda parte de esta misma pregunta, que dice: «si está predispuesto á la sugestion» contestamos: que no hemos podido provocar, á pesar de haber empleado todos los medios conocidos, sugestiones de ningun género durante el sueño hipnótico.

A la segunda pregunta, contestamos: que tampoco hemos visto realizadas en D. C... sugestiones *pôst-hipnóticas* de ninguna clase.

Dios guarde á S. S.

DOMINGO CABRED—ANTONIO F. PIÑERO—
SAMUEL GACHE—JULIAN FERNANDEZ.

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA GENERAL

Profesor Dr. R. Wernicke

Sitio de la enfermedad—Temperamento—Síntomas—Signos—Interrogatorio

Las enfermedades se localizan y evolucionan en los tejidos que constituyen los órganos del cuerpo humano; la sangre es tejido.

Las enfermedades pueden limitarse á un solo órgano, ser localizadas, ó atacar á la vez ó sucesivamente varios ó muchos órganos del cuerpo, ser generales, generalizarse.

No es la enfermedad una entidad que viene de fuera á posesionarse del hombre; en el hombre enfermo no hay sino una serie de anomalías en la nutricion, desarrollo, multiplicacion ó funcionamiento de los órganos ó de los tejidos que los constituyen; no es una *innovacion*, sino una modificacion de lo que sucede en la salud.

Propiamente hablando, no hay enfermedades sino enfermos; puede haber casos parecidos, no iguales.

Teóricamente hablando, en toda necropsia bien practicada deben hallarse las alteraciones propias de la afeccion que produjo la muerte.

En la mayor parte de los casos es cierto que hallamos alteraciones anátomo-patológicas mas ó menos fáciles de reconocer; no por eso podemos decir que *siempre* sabemos de qué murió un individuo cuyo cadáver examinamos. Durante mi práctica he tenido la oportunidad de ver un caso en el cual no se estableció diagnóstico, ni aún en la mesa de autopsia.

Hay envenenamientos que no dejan rastro anatómico reconocible en los órganos del cuerpo humano; por ejemplo, el envenenamiento por la estrignina.

¿Estamos *obligados* á aceptar la existencia de enfermedades sin lesion, *sine materia?*

Nó! Pero estamos obligados á decir que existe una serie de enfermedades de las cuales no conocemos aún las lesiones características,—ignorancia que puede y debe resultar de lo defectuoso de nuestros medios de investigacion.

Para la conmocion cerebral y el *shok* de los cirujanos hasta hace poco no se conocia la lesion; hoy ya sabemos que en la conmocion se producen pequeñas rupturas, mas especialmente la ruptura del epéndimo del cuarto ventrículo; para el *shok* cualquier dia hallaremos la alteracion que lo produce.

Un golpe recibido en el epigástrio ha hecho sufrir á mas de uno de nosotros la sensacion incómoda producida por una suspension de los movimientos del corazon; la suspension ha sido corta; nos hemos restablecido.

¿Creen Vds. que será fácil percibir una alteracion que debe haberse producido en segundos, en un corazon que por un golpe mas fuerte que los que nosotros recibiéramos ha suspendido definitivamente su funcionamiento? Solo algun procedimiento recien descubierto ó á descubrirse puede facilitar una tarea que yo considero de las mas difíciles y hoy por hoy imposible.

No hace mucho que ha quedado establecido que las enfermedades asientan sus reales en los órganos, ó mejor dicho, en las células que forman los tejidos de los órganos. La *patología solidaria* es la moderna; la precedia la patología humoral, patología que aún tuvieron que aprender en su juventud los

maestros que ayer no mas profesaban en nuestras cátedras.

Para la pato'ogía humoral no habia en las enfermedades alteracion de los órganos, sino alteracion de los humores; humores ó líquidos del organismo que fueron no *descubiertos* sino *inventados*. Las alteraciones de los humores producian las enfermedades; limpiando ó expulsando los humores se corrige la enfermedad. El sistema vomi-purgante de Leroy, muy usado aún en algunas de nuestras familias, fluye de las teorías humorales.

En nuestra nomenclatura médica, y lo que es mucho peor, en nuestra etiología, existen aún para muchos, resabios de aquellos buenos tiempos de la escuela humoral; no falta quien quiera conservar los temperamentos atribuyéndoles importancia diagnóstica y pronóstica.

El temperamente debe ser el resultado de la mezcla de los cuatro humores cardinales; estos nunca se hallan mezclados en el cuerpo humano de manera á tenerse en equilibrio; uno de los humores debe prevalecer ó faltar; un gran exceso de uno de los humores ó una disminucion demasiado grande provocan enfermedades; el mismo temperamento demasiado pronunciado ya es enfermedad; entre enfermedad y salud no habia límite, sino una transicion paulatina.

Inventaron los humores cardinales los coetáneos de Hipócrates: Galeno los sostiene y se consideran desde entonces:

Sangre—Chole (bilis)—*Melaina*, *Chole*— (atra-bilis) y *Flegma*.

Los cuatro temperamentos: Sanguíneo—Colérico—Melancólico—Flegmático.

Hasta nuestros dias andan estos temperamentos como duendes haciendo daños aquí y allí; en vano se ha tratado de reemplazar el temperamento melancólico que debia ser atrabiliario por el *nervioso*, el colérico por el *bilioso*, el flegmático por el *linfático;* en vano se intentó complementar la doctrina de los temperamentos accediendo á la posibilidad de formar combinaciones mas ó menos complicadas; los esfuerzos han sido inútiles y los temperamentos están en el mejor camino para el museo de las curiosidades científicas. Allí se juntarán con el Achaeus de van Helmont, con las entidades mórbidas, con los

diablos que conquistaban á las histéricas poseidas, y á la vuelta de algunos años con una porcion de las novedades que nos produce la medicina contemporánea de los microbios.

Una enfermedad puede permanecer local ó puede propagarse, generalizarse.

Las enfermedades generalizadas todas deben haber sido locales al principio. No siempre nos es posible hallar el sitio ó determinar la forma de la lesion primaria, lesion que puede ser tan insigni ficante que ni el que la sufre se apercibe de ella menos la notará el que observa.

No conocemos á la fecha las lesiones primarias, las puertas de invasion propias de la viruela, de la escarlatina, del sarampion; pero es mas fácil creer que una irrupcion de numerosos productores de enfermedad se hace á la circulacion, y desde un foco desconocido, pero contenido en el organismo que no por la ingestion ó inhalacion, penetracion desde fuera, de un sinnúmero igualmente grande de agentes morbígenos. Durante lo que se llama período de incubacion puede multiplicarse hasta producir millones de descendientes un solo gérmen que haya invadido el organismo.

Las enfermedades locales se pueden propagar:

1º Por continuidad ó contigüidad.

2º Por el torrente circulatorio sanguíneo ó linfático.

Lo que se llama propagacion por simpatia ó por analogía de funcion ó estructura, no se comprende bien y se explica peor. Trátase, tal vez, de afecciones generales que atacan simultáneamente ambos órganos de un par, ó á todo elemento histológico de constitucion determinada.

Vemos, por ejemplo, que una blenorragia se manifiesta primero en la uretra, luego en la vulva, en la vagina y cuello del útero despues, invadiendo en seguida el cuerpo del útero y finalmente las trompas, dando lugar á inflamaciones, mas ó menos marcadas, mas ó menos graves en todo su trayecto; ó tomando por el otro lado, penetra á la vejiga y remontándose por los uréteres hasta llegar á una ó las dos pelvis renales, ó aún á uno de los riñones mismos interesando su tejido glandular. Se trata aquí de propagacion por continuidad.

Hace pocos dias vimos un caso de propagacion de un proce-

so mórbido por contigüidad. Recordad el enfermo que ayer no mas visteis con un absceso hepático operado, pues en ese enfermo un proceso flojístico del hígado se propagó del interior de la glándula á la serosa hepática, á la diafragmática, al través del diafragma á la pleura diafragmática y luego á la torácica, produciendo en todos los puntos una inflamacion de las serosas, que determinó la adhesion de las diferentes membranas entre sí.

Por el torrente circulatorio sanguíneo se pueden propagar enfermedades; el ejemplo mas frecuente nos lo ofrece la tuberculosis. Una coleccion de pus tuberculoso perfora hácia un vaso; el pus tuberculoso lleno de baccilos se reparte en todo el organismo y dá lugar á la produccion de una tuberculosis miliar aguda.

Las inflamaciones cutáneas se propagan con mucha frecuencia por los linfáticos; mas de uno de vosotros habrá tenido oportunidad de ver las listas coloradas que arrancan de muchas heridas «pasmadas» como dice el vulgo, «infestadas», como diremos nosotros.

De las neoplásias parece que al verdadero cáncer le gusta propagarse en los y por los linfáticos.

Propagacion por simpatia funcional ó de estructura se la observa, por ejemplo, en los casos de leucocitémia ó leucocitosis, enfermedad que se caracteriza por una hiperproduccion de leucocitos, hiperproduccion que contribuyen á establecer todos los órganos hematopoyeticos, bazo, gánglios, médula ósea. Bien puede ser que no sea exacta la explicacion; que no se trate de una afeccion por simpatia, sino de una afeccion general, ó de modificaciones funcionales que obedecen á influjos nerviosos.

Hasta hace poco no habia explicacion para la atrofia muscular progresiva; hoy se conoce la lesion medular que la ocasiona en algunos casos.

Lo mismo que existen enfermedades que conocemos y que nombramos y para las cuales carecemos de medios de investigacion para determinar su anatomía patológica, es decir, las alteraciones de órganos que deben producirlas, lo mismo existen enfermedades que no reconocemos, cuya existencia ni sospe-

chamos y cuya única prueba de existencia suele ser para nosotros la muerte súbita é inesperada.

Hay enfermedades latentes, y no son éstas por cierto las menos graves.

Para que podamos reconocer una enfermedad es absolutamente necesario que podamos percibir anomalías de funcion ó configuracion en el individuo motivo de nuestra observacion ó estudio; estas anomalías funcionales ú orgánicas, estas manifestaciones de alteraciones patológicas se llaman síntomas.

Los síntomas hasta la fecha conocidos son muchísimos y anualmente se descubren nuevos.

Como comprendeis, se ha tratado muchas veces de clasificar todos los síntomas conocidos y por conocer. La sintomatología nos dá á conocer los síntomas; la semiología nos enseña á interpretarlos.

Se ha creido necesario distinguir el *síntoma* del *signo.*

Vais á oir hablar de ello muchas veces y es obligacion mia deciros que se trata de una division ó separacion *forzada.*

Todo síntoma es un signo en cuanto el médico lo interpreta y lo usa para hacer de él deducciones; todo dato que del enfermo obtenemos y que no sea una manifestacion propia de su anomalía orgánica ó funcional, es tambien un signo.

Cuando yo estudié nadie se preocupó de enseñarme á distinguir estas dos expresiones de las cuales una podrá suprimirse, y como todo síntoma es signo y no todo signo es síntoma, le tocaria al síntoma ceder el puesto. La palabra *síntoma* es tan antigua como la medicina; ¡quién se atreve á espulsarla!

Para vuestras necesidades y las de este curso la mejor division que conozco de los síntomas es la separacion de éstos en dos grandes grupos: en *síntomas objetivos* y *síntomas subjetivos.*

Los síntomas subjetivos son los que solo el enfermo puede percibir;—los objetivos aquellos que podemos percibir nosotros, los observadores conjuntamente ó sin el observado.

Esta division es clara, no dá lugar á confusiones, es lógica.

La aceptacion de esta division no impide que vosotros mas adelante hableis ó escribais de síntomas generales y locales, físi-

cos, reflejos, manifiestos, latentes, primitivos, secundarios, accesorios, principales, y aún, pero solo en las ocasiones solemnes, de los síntomas de los síntomas.

Puede un síntoma ser al mismo tiempo subjetivo y objetivo: la poliuria del diabético, por ejemplo; es esta una objecion que no puede dañar á la division que propongo; estos síntomas sometidos al doble control serán los de mayor valor.

En los síntomas subjetivos cabe el error, la exageracion y la superchería.

Son estos síntomas subjetivos difíciles de comprobar con seguridad:—el dolor, la sordera, la escasez visual, la impotencia, la debilidad física, las anestesias algunas, parálisis y algunas manifestaciones intelectuales.

Constancia y un poco de perspicacia de práctico de lado del médico, y un poco de talento de observacion de parte de un enfermero ó cuidador, generalmente bastan para descubrir al farsante y distinguir á un pillo consumado de un desgraciado digno de nuestra conmiseracion. En los síntomas objetivos no cabe fraude del enfermo.

Hay síntomas ó signos á los cuales hay que darles un verdadero *valor* patognomónico, pero esos son datos anatómicos que recojemos con nuestros aparatos: la embolia de la arteria central de la retina que se puede ver producir á vista y paciencia de un oculista; se diagnostica por sus síntomas de los cuales los que dá el oftalmoscopio son indiscutibles; lo mismo sucede en los casos de desprendimiento de la retina; lo mismo diremos del diagnóstico de las parálisis laríngeas con el laringoscópio.

Diagnosticar sarna despues de hallar el acaro de la sarna humana no es un diagnóstico clínico, no se ha hecho por signos ó síntomas; se ha hecho como lo hace el anátomo-patólogo, como se hace en la mesa de autopsias.

Existe un grupo de síntomas que ha querido conservarse hasta hoy bajo el nombre de *patognomónicos*.

Debian estos ser síntomas propios y exclusivamente propios de ciertas enfermedades. El número de síntomas considerados patognomónicos era mucho mayor antes que hoy dia. Me he esforzado por poder hallar síntomas patognomónicos de alguna enfermedad y solo he podido acordarme de uno

solo: el pulso de la vena yugular en los casos de insuficiencia de la válvula triscúspide.

Los demás síntomas patognomónicos, entre otros, el que yo mismo he considerado tal en un tiempo,—el esputo herrumbroso de los neumónicos—lo he podido observar dos veces en casos de tuberculosis miliar aguda, produciéndose á causa de su presencia dos errores de diagnóstico como lo demostró la autopsia,—han perdido su puesto para siempre.

Es regla que en todo exámen de enfermo se empieza por recojer los síntomas subjetivos; se oyen las quejas del paciente, se trata de averiguar por un interrogatorio bien llevado qué aparato ó sistema de aparatos es el que sufre; luego se trata de fijar el comienzo de la enfermedad, se busca la causa á la cual el enfermo la atribuye ú otra alguna que pudiera existir.

Se debe recordar al hacer el interrogatorio que muchas enfermedades son ó pueden ser consecuencia de otras, y que muchas enfermedades son propias á familias, profesiones ó parajes determinados.

No es posible dejar hablar impunemente y sin interrumpirlos sino á algunos enfermos muy inteligentes ó acostumbrados desde tiempo atrás á hacer su propia historia, trazando con mano maestra los rasgos principales de sus antecedentes de familia y personales.

Generalmente los enfermos se extienden demasiado y nos refieren con todos los detalles imaginables las cosas de menor importancia para nosotros; en esos casos es necesario saber dirigir un interrogatorio, interrogatorio que solo hará bien y completo quien ya haya hecho muchos y conozca mas de patología especial de lo que vosotros á la fecha poseis.

Cuando se examina un enfermo hay que hacerle, por regla general, caso en sus indicaciones sobre el sitio de su mal y empezar siempre con el órgano ó aparato que él reputa mas atacado.

Para poder buscar por el interrogatorio síntomas, necesitais conocerlos; me limitaré á enumerarlos brevemente.

Dolor expontáneo y á la presion, constante ó interrumpido, puede haberlo en todas las partes del cuerpo, y como conse-

cuencia de lesiones de todos los órganos. La importancia que tiene la *forma* del dolor es mucho menor que la importancia de la exacta localizacion y de la determinacion de las circunstancias bajo las cuales aparece y desaparece.

Fiebre, es decir, una elevacion de la temperatura puede tambien acompañar á las lesiones de todos los órganos. Son los síntomas de la fiebre: sensacion de calor en todo el cuerpo, aumento de sed, cefalalgia, anorexia, miccion escasa y cargada la orina; síntomas que pueden ser contínuos ó interrumpidos. Para las fiebres con interrupciones habrá que averiguar su duracion, su época de aparicion, los períodos regulares, su iniciacion con frio y la aparicion de sudores durante los accesos.

Los síntomas del aparato nervioso son, abstraccion hecha del dolor, sueño, insomnio, vértigos, pérdida de conocimiento, pereza intelectual, pérdidas de la memoria, parálisis, anestesias, convulsiones, contracturas, vómitos, sequedad de vientre, sordera, ceguera, mutismo, afasia, disminucion ó exageracion de los reflejos etc. etc.

Al examinar un enfermo con una lesion probable del aparato respiratorio ó circulatorio deben por el interrogatorio buscarse ó excluirse los siguientes síntomas: fatiga con ó sin ejercicio físico en alguna ó cualquier posicion; tos bajo iguales condiciones, si es ó no tos seca, cantidad y calidades del esgarro, vos, carraspera, flujo nasal, estornudos.

El aparato digestivo se examina interrogando al enfermo sobre el estado de sus dos mayores funciones primero: si existe ó no apetito, si se defeca ó no regularmente y la calidad de la deyeccion. Establecido esto se procede á buscar los demás síntomas: pica, bulimia, sed, vómitos, arcadas, erutos, ruminacion, hipo.

Los síntomas subjetivos suministrados por los órganos urinarios son pocos; se limitan los enfermos generalmente á referirnos si orinan mucho ó poco, con ó sin dificultad; algunos podrán informar sobre el color y el olor de la orina.

La comprobacion de los síntomas subjetivos de parte del aparato sexual pueden llegar á tener y tienen en muchos casos mayor importancia que la comprobacion de síntomas objetivos ó físicos.

Habrá que establecer en el hombre si existen ó no poluciones, si hay ó no potencia, si hay ó no fecundidad.

En las mujeres habrá que averiguar el estado y la frecuencia de la menstruacion, si ha habido ó no partos ó abortos, si ha habido ó no lactancia.

Finalmente, no debeis olvidar que hay que completar el interrogatorio con los datos que puedan suministrarse sobre afecciones cutáneas pasadas ó existentes, y los antecedentes ó sintomas que se relacionan con infecciones venéreas.

El conjunto de informes que el enfermo ó sus allegados nos pueden suministrar es lo que constituye los *datos anamnésticos* ó la *anamnesis*.

Una anamnesis bien levantada es de importancia enorme para establecer un diagnóstico. Lástima que es raro el enfermo que pueda darnos datos anamnésticos verdaderamente fidedignos.

En nuestras salas el estado intelectual de nuestros pacientes inhabilita á la mayoría para poder dar testimonio sobre sus propios padecimientos, y mucho menos preparados se hallan para podernos referir las enfermedades de sus allegados.

Yo recuerdo cuales son los datos anamnésticos que podria dar á mis médicos sobre mis antecedentes personales y de familia.

¡Cuán imperfectos serán éstos comparados con los que se publican obtenidos en tal ó cual servicio y suministrados por un palurdo!

Para poder hacer bien una *anamnesis* es necesario no influir sobre el ánimo del enfermo; tratando de evocarle recuerdos que consideramos perdidos, sugestionamos al mas inteligente mas de una vez la contestacion que deseamos obtener.

El Dr. Julio Fernandez Villanueva

MÉDICO Y ARTISTA

Muerto en el combate de la plaza Lavalle, en Buenos Aires, el 26 de Julio de 1890

Tras los fugaces dias de su existencia reverdecerá la corona de filántropo y de héroe que ornára su frente inmaculada, y su nombre será emblema de gloria para el arte nacional.

REGLAMENTO [1]

Para el Concurso Nacional de Ciencias Médicas que el «Círculo Médico Argentino» celebrará en el año de 1891

El «Círculo Médico Argentino» procediendo de acuerdo con las bases I y V y título XI de sus estatutos;

RESUELVE:

Artículo 1º—Celebrar un Concurso Nacional de Medicina en el año próximo de 1891.

Art. 2º—Los trabajos que se presenten á este concurso deberán consistir en memorias inéditas que se refieran exclusivamente á medicina nacional, pudiendo tambien presentarse preparaciones anatómicas, piezas patológicas y plásticas, preparaciones microscópicas ó instrumentos y útiles de aplicacion á la medicina y á la cirugía, que no hayan sido dados á conocer al público antes de su presentacion al certámen.

Art. 3º—Los premios serán cuatro y consistirán en:

1º Una medalla de oro, que no podrá exceder de media onza de peso efectivo, y se denominará: Primer premio;

2º Una medalla de plata del mismo peso que la anterior que se denominará: Segundo premio;

3º Una medalla de cobre que se denominará: Tercer premio;

4º Un diploma de honor que se denominará: Cuarto premio.

Art. 4º—Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso: «El Círculo Médico Argentino á N. N.», y en el reverso: «Concurso del año 1891—Premio al mérito»;

Art. 5º—Los premios de que habla el artículo 3º, incisos 1º, 2º y 3º, irán acompañados de los correspondientes diplo-

---

(1) Este proyecto fué presentado por el Dr. Alejandro E. Amoretti, y aceptado por la Asamblea del 25 de Julio de 1890.

mas en pergamino, y firmados por el Presidente y Secretario de la Asociacion, y Presidente, Secretarios y miembros del Jurado.

Art. 6º—Los que quieran tomar parte en este concurso, sean ó no sócios, presentarán sus trabajos antes del 1º de Mayo de 1891, en la Secretaría de la asociacion.

Art. 7º—Las memorias serán anónimas y llevarán un lema, sin que se deduzca por algo su procedencia, é irán acompañadas de un pliego cerrado con igual lema al de la memoria, en el que constará el nombre del autor y su residencia.

Art. 8º—Las preparaciones, aparatos, etc., vendrán embalados, sin nombre del autor, y acompañados de una memoria explicativa de la pieza, etc., y un pliego cerrado en donde constará el nombre del autor y su domicilio; este pliego cerrado llevará la misma marca que el embalaje.

Art. 9º—El Jurado encargado de examinar los trabajos y adjudicar los premios, se compondrá de siete miembros que serán elegidos por la Asamblea de una lista de veinte personas de reconocida competencia, que le será presentada por la Comision Directiva.

Art. 10—La Asamblea nombrará de entre los miembros de la Sociedad dos Secretarios para el Jurado.

Art. 11—El Jurado será constituido en presencia del Presidente de la Asociacion, el cual hará entrega al mismo de los trabajos que se hayan presentado, reservando los sobres que contengan los nombres y domicilios de los autores, para ser abiertos en el seno de la Comision Directiva, despues que se expida el Jurado.

Art. 12—El *quorum* para las reuniones del Jurado será compuesto de cuatro de sus miembros.

Art. 13—Para el estudio de los trabajos el Jurado nombrará comisiones de sus miembros, las que deberán presentarle informes escritos sobre el mérito de aquellos. Cada una de estas comisiones tendrá por cometido estudiar y dictaminar sobre el valor de todos los trabajos del Concurso.

Art. 14—Expedidas todas las comisiones parciales y leídos todos los trabajos en presencia del Jurado, éste discutirá la importancia de los temas, el valor de las cuestiones que abarquen, su forma, su extension y su carácter nacional.

Art. 15—Discutidos los trabajos, el Jurado, teniendo en cuenta el mérito absoluto de los mismos, acordará ó no los premios establecidos en el artículo 3º.

Art. 16—El informe que el Jurado presente á la comision directiva debe contener todos los detalles relativos á los trabajos del concurso, así como los fundamentos de su fallo.

Art. 17—El Jurado deberá expedirse antes del 1º de Junio de 1891.

Art. 18—La distribucion de premios tendrá lugar el dia 29 de Junio de 1891, aniversario de la fundacíon del «Círculo Médico Argentino.»

Art. 19—Las memorias premiadas pasarán á la Biblioteca de la Asociacion, y serán destinadas al Museo de la misma, las piezas anatómicas, aparatos, etc.

Art. 20—Los trabajos que no resultasen premiados, conjuntamente con los pliegos cerrados que contienen los nombres de sus autores, quedarán á disposicion de éstos en Secretaria.

Art. 21—Solícitese de la prensa de la capital y del interior, la insercion de esta resolucion, y publíquese en «Los Anales del Círculo Médico Argentino».

Buenos Aires, Julio 25 de 1890.

JULIO MENDEZ.
Armando Claros—Luis Beaufréve
Secretarios.

VARIEDADES

Accidente producido por el bromuro de etilo—El 16 de Mayo compareció ante el tribunal de Berlin el doctor Egner, acusado de homicidio involuntario por el empleo del bromuro de etilo.

Egner *experimentaba* sobre un sujeto sano, de 16 á 17 años, bien constituido.

No pareciéndole bastante profunda la anestesia obtenida por el

bromuro, hízole respirar 4 á 6 gotas de cloroformo. El jóven despertó 5 minutos despues y se sintió muy bien por algunas horas. Entró á su casa á las 9 de la noche, quejándose de pesadez en los miembros y se acostó temprano. Durmió bien toda la noche, pero al dia siguiente persistia la pesadez en los miembros. En el curso del dia su estado se agravó. Sintió escalofrios, dolores en la espalda y gástricos, deficultad en la respiracion, malestar general.

El Dr. Kœhler administró polvos de Dower, vino y aplicaciones sobre la cabeza.

Despues de la administracion de los polvos de Dower, mejoró ligeramente. Una segunda dósis de éstos, le proporcionó una mejoría mas franca. La familia se retiró pero fué despertada por los rales del enfermo y cuando el médico llegó le encontró agonizante. Le hizo una inyeccion de éter. Un segundo médico propuso la electrizacion, pero el aparato llegó tarde.

El jury nombrado declara responsable al Dr. Egner, pero son contradictorias las opiniones de sus miembros. El Dr. Levin, uno de ellos, dice que el bromuro de etilo es incuestionablemente el mas inofensivo de todos los anestésicos; que por su volatilidad los accidentes se combaten con mas facilidad que los del cloroformo; que entre las manos de una persona competente es un medicamento de toda seguridad; pero que la cuestion cambia cuando se le agrega cloroformo y que el simple buen sentido dice que no debe hacerse una anestesia por medio del cloroformo, cuando se está operando una por el bromuro de etilo.

El profesor Nussbaun, de Munich, atribuye la muerte á la morfina. El Dr. Kœlher al bromuro de etilo.

El tribunal por unamimidad resolvió elevar el asunto al cuerpo médico superior de Berlin.

—

Accion patógena de la saliva—Los presidarios de Nou tenian desde hace mucho tiempo el hábito de provocar el desarrollo de flemones en diferentes regiones de su cuerpo, haciéndose inoculaciones de tártaro ó de la materia acumulada en los intersticios dentarios. El objeto de este fraude médico era procurarse algunos dias de descanso.

Para conseguirlo introducian bajo la piel un pequeño fragmento

de tártaro, ó una aguja con la materia antes dicha; ó para asegurar su resultado un sedal filiforme impregnado en ella. La supuracion se producia siempre; el flemon á veces circunscrito, á veces difuso. El Dr. Guiat, médico de la marina en Francia, que es quien ha observado estos hechos, ha visto desarrollarse erisipelas supuradas y gangrenosas. Esto se explica por la presencia en la saliva, comprobada por Netter, del Streptococus piógeno, generador de la erisipela.

—

Influencia de los anestésicos sobre las impresiones sexuales en la mujer—Tomamos de una revista europea las líneas siguientes, sobre un punto que nos parece altamente interesante:

«Los diarios de medicina se han ocupado muchas veces de mujeres que adormecidas por una operacion han esperimentado durante su sueño, fenómenos sexuales, que no son raros bajo la influencia del cloroformo, y han acusado despues á su médico de haberse aprovechado de su estado anestésico para abusar de ellas.

Ante un tribunal de los Estados Unidos, un médico, llamado como perito, hizo la declaracion siguiente: «Una mujer bajo la influencia de un anestésico es mas apta para la concepcion que cuando las relaciones sexuales se hacen por violencia. Una mujer puede concebir durante la anestesia. El relajamiento que se produce facilita la concepcion.»

Este punto me parece establecido, pero deseo agregar una observacion que he hecho en mi práctica y que interesa á los médicos conocer.

Es sabido hoy que, á veces, bajo la influencia del cloroformo, del éter, etc, se produce una excitacion en los órganos sexuales, y la alteracion provocada en el espíritu por esta sensacion puede hacer creer á una mujer que ha sido víctima de una violencia. Un dentista fué condenado como habiendo violado á una mujer anestesiada, pero mas tarde fué probada su inocencia.

El primer caso de esta naturaleza de que fuí testigo se produjo durante un parto. La mujer bajo el cloroformo experimentó sensaciones tan vivas, que me acusó de haberla violado y llamó á su marido, pero éste habia permanecido, así como una docena de señoras, en el cuarto, durante la operacion.

En otro caso administré el cloroformo; la fisonomía de la enferma expresaba una excitacion venérea tan acentuada que me apresuré á llamar á su familia; al despertar, se asombró al encontrarse rodeada por ella y manifestó cuales habian sido sus impresiones.

Otra vez una parienta mia, de cierta edad, entró en mi gabinete muy emocionada y me contó que acababa de sufrir una lijera operacion para la cual habia sido anestesiada y que el cirujano habia abusado de ella. Replicó hasta los mas minuciosos detalles. Pude probarle que las cosas no habian pasado como ella creía.

Resulta, pues, de estos hechos, que la prudencia aconseja á los médicos no administrar jamás el cloroformo sin la presencia de testigos.»

Conferencia del Dr. R. Wernicke—Un olvido fué causa de que en el número anterior no se hiciera constar que junto con él se distribuia el folleto regalado á *Los Anales* del Círculo Médico por el Dr. R. Wernicke, y que contenia el interesante estudio de aquel profesor sobre *Enfermedades fetales y mónstruos.*

El Dr. Juan B. Justo—En la sesion celebrada por la Facultad de Medicina de Buenos Aires el 8 de Julio último, se entregó al Dr. Juan B. Justo el premio *Manuel A. Montes de Oca,* consístente en una medalla de oro y diploma, por su importante y erudita memoria sobre «Reseccion parcial y temporaria de los huesos del cráneo», que presentó.

FORMULARIO

El Dr. Tcheltzow (de San Petersburgo) emplea la *Styrona* contra las *otitis medias supuradas.*

Styrona líquida 1 gramo 25 centíg.
Alcohol ..... 30 gramos

M. Poner una cucharada de postre de esta solucion en un vaso de agua y hacer dos ó tres inyecciones por dia.

La Styrona, agente antiséptico, llamado tambien alcohol cinnámico, es una parte constituyente de los stirax líquidos y de los bálsamos del Perú y de tolú. Hay dos especies de ella: una cristalina y otra líquida.

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 9

Anales del Círculo Médico Argentino

SETIEMBRE DE 1890

CIRUJIA CONSERVADORA

Fractura doble, expuesta, y contusion de tercer grado del tercio medio de la pierna—Necrosis de la tibia—Conservacion del miembro—injertos dermo-epidérmicos y de periostio.

Por el Dr. Alejandro Castro.

José Capana, de seis años de edad, italiano, entró al Hospital de Clínicas el 16 de Febrero del 1890 y ocupó la cama núm. 21 de la sala de niños.

Algunos momentos antes de su entrada, una rueda de carruaje habia pasado sobre su pierna fracturándosela y produciéndole una pequeña herida contusa situada por debajo del sitio de la fractura. Recibido de urgencia por el practicante de guardia, éste se limitó á lavar el miembro con una solucion antiseptica y á suturar la herida, pensando que ella no comunicaba con el sitio de la fractura; hizo una curacion con un poco de algodon y una venda de flanela, é inmovilizó el miembro con una gotera.

Al dia siguiente ví al enfermo: el pié estaba desviado, la temperatura de la noche anterior habia sido de 38.5, y habia dormido algunas horas. Por la mañana tenia 37º y los dolores no eran muy violentos. Cambié la curacion porque estaba manchada. Encontré la piel tensa, luciente, que comenzaba á equimosarse al nivel de la fractura, sitio evidente de un derrame sanguíneo abundante, pues por la pequeña herida y á través de las suturas salia un poco de sangre negrusca que habia manchado el apósito.

La temperatura local era normal, y la circulacion del pié se hacia bien, pues á pesar de un lijero edema los latidos de la pedia eran perceptibles.

Para hacer la antisepsia y la coaptacion de la fractura, cloroformamos al enfermo. Al sacar las suturas salieron

algunas burbujas de gas y coágulos sanguíneos. La herida comunicaba con el foco de la fractura y para desembarazarlo de los coágulos, hicimos una incision de 7 á 8 centímetros paralelos á la cresta de la tibia, la que nos permitió sacarlos con la cureta y el dedo, haciendo la hemostasia de algunos pequeños vasos, y un abundante lavatorio con solucion de bicloruro al 1 ⁰⁰/₀₀. La fractura de la tibia era transversal y sin esquirlas. El fragmento superior desprovisto de periostio en una extension de 2 centímetros y el inferior en una de 4 cent., fueron puestos en contacto. El peroné fracturado en dos partes, estaba cubierto y no fué tocado. Se llenó la herida de gaza empapada en naftol alcanforado y se puso una curacion algodonada de Alph. Guerin, como único aparato.

La temperatura axilar llegó á la noche á 38°.

El 18 por la mañana 38°3. Se renueva la curacion que ha sido atravesada por los exudados de la herida. Aparece en la piel una mancha del tamaño de 2 centavos, de color negrusco, al nivel de la herida contusa primitiva. El volúmen del miembro ha disminuido mucho, pero la piel del tercio superior de la pierna está veteada de manchas lívidas, violáceas, algo edematosa é hiperesteciada; no hay enfisema.

A la noche temperatura axilar 38°.

El 19, curacion. La infiltracion ha subido arriba de la rodilla, acompañada de hiperestesia. El estado general es regular y no está en relacion con la gravedad del estado local. El enfermo se alimenta.

Temperatura por la mañana 37°9; á la noche 38°3.

Dias 20 y 21. El esfacelo de la piel, al nivel de la fractura, aumenta gradualmente y la infiltracion violácea llega hasta la cresta iliaca.

Temperatura el 20 por la mañana 38.5.—por la noche 38.
» » el 21 » » 38. » 37.8.

El estado general ha empeorado; postracion, pulso pequeño, muy frecuente, anorexia.

Los Dres. Blancas y Larguia, que ven al enfermo, piensan como yo que no tardará en producirse una terminacion fatal. Sin embargo, el practicante de la sala, de guardia esa noche, se acerca á la cama, creyendo encontrarlo en agonía, y lo vé durmiendo tranquilamente.

El 22 por la mañana temperatura 37; mejoría general; la infiltracion y la hiperestesia han disminuido, descendiendo hasta la mitad del muslo; á la noche temperatura 37.8

El 23, curacion; temperatura por la mañana 36.8; á la noche 37. Todo ha desaparecido: la piel queda con su coloracion normal. El esfacelo se limita á la parte contundida por la rueda, en una faja de 4 traveses de dedo de ancho, por 6 de largo, que empieza en la cara externa de la pierna y termina en la interna.

La escara se elimina del 25 al 2 de Marzo, dia en que salió un trozo del músculo tibial anterior y quedó la tibia aislada en medio de la vasta herida creada por la gangrena.

Desde entonces las curaciones se renovaron solo cada 6 ó 15 dias, sin que nunca hubiera fiebre ni mal olor en el apósito, aunque el pus era abundante por la extension de la herida.

El 17 de Abril, un mes despues de la eliminacion de la escara, la herida estaba bien llena de botones carnosos y presentaba una superficie supurante de 15 á 20 cent., atravesada en su medio por la tibia denudada. El secuestro se habia limitado y una línea rosada indicaba donde habia de seccionarse. El fragmento superior, denudado todo alrededor, perdia una virola de 1 y 1/2 cm, mientras que el inferior perdia solo 4 cm. de la cresta y caras externa é interna, quedando la posterior adherente y engrosada, pero sin alcanzar al fragmento superior, del que la separaban 1 y 1/2 centímetros.

La consolidacion del peroné daba alguna rijidez á la pierna, pero la falta de solidez de la tibia ponia al paciente en condiciones propicias á una nueva fractura, si es que la pierna le servia de suficiente apoyo. Además, la cicatrizacion de la herida iba á dar por resultado la estrangulacion del miembro, por retraccion cicatricial y la produccion de un edema del pié, que obligaria al paciente al uso constante de un vendaje ó de un aparato ortopédico costoso y difícil de mantener para un niño de la clase pobre.

Resolví entonces, para reemplazar lo que faltaba de hueso, guiado por los sábios trabajos de Ollier, de Lyon, y por la observacion de un caso análogo publicado por el Dr. Davide Giordano, (del Ospedale Valdese di Torre Pellice) (1), hacer un injerto de periostio de perro jóven, y para evitar las consecuencias de la retraccion cicatricial, cubrir la herida con colgajos dermo-epidérmicos, segun Tiersch, de Leipzic.

Al efecto, el dia 17 de Abril de 1890, en presencia de los

(1) *Contributo al método di cura conservatrice nelle fracture complicate gravi della gamba*—"Archivio di Ortopedia" publicato dal Dott. Pietro Panzerie —Milano—face 3º, 4º é 5º, pag. 330, año 1889.

internos del servicio de cirujía y de la sala de niños, fué cloroformado el enfermo y se le estrajo el secuestro tibial seccionándolo al nivel de las granulaciones. La superficie brotante de la herida fué raspada con la cureta, de manera de dejar íntegro el tejido conjuntivo subyacente á los botones carnosos. Se regularizaron las superficies de seccion del hueso y se raspó la parte restante de la tibia en el fondo de la herida. (Durante estas maniobras una corriente continua de agua boricada á 40° lavaba el campo operatorio facilitando la hemostasia). Se cubrió la herida con gaza fenicada seca, sostenida por una venda, á objeto de contener toda salida de sangre mientras se tallaban los colgajos dermo-epidérmicos.

La cara externa del muslo y la anterior de la pierna enferma suministraron lo necesario, y de ahí se tallaron 12 colgajos de 4 á 6 cm. de largo por 2 ó 3 de ancho, que fueron mantenidos en agua salada al 6 °/₀, esterilizada y tibia.

Entretanto, los ayudantes habian cloroformado un perro de 6 meses de edad, y le habian afeitado y desinfectado la cara interna de las patas. La estremidad inferior de la tibia del perro ó sea el maleolo interno hace eminiencia bajo la piel y se halla desprovista de ataduras tendinosas ó musculares. De esa parte sacamos un colgajo de periostio de 2 centímetros de ancho por 5 centímetros de largo y lo adosamos por su cara interna al tejido conjuntivo existente entre los dos fragmentos tibiales. El todo fué cubierto con los colgajos de piel, cuyos bordes se imbricaban.

Como curacion, se puso una serie de tiras de protective, transversales é imbricadas, una capa de algodon absorbente mojado en agua boricada cubierto con machintosh y encima la curacion algodonada habitual.

Este apósito se renovó á los 6 dias. Los injertos habian prendido todos menos uno, el que cubria al periostio. Este se habia adherido, tenia una coloracion blanco nacarada y estaba un poco hinchado; no se veía en él señal de vascularizacion. La herida habia supurado apenas.

El 1° de Mayo, 15 dias despues de la operacion, la herida estaba completamente cicatrizada, así como los puntos de donde se sacaron los colgajos. El periostio estaba rosado y perfectamente adherido. Misma curacion hasta el 8 de Mayo, en que se inmoviliza el miembro con tablillas enyesadas de Maisonneuve; al poco tiempo el enfermo se levanta y empieza á caminar con muletas.

A los 70 dias del injerto, la pierna que no ha perdido nada de su longitud está perfectamente sólida; debajo del periostio se siente una superficie dura que une los dos fragmentos, y el niño puede caminar sin muletas.

OBSTETRICIA

Parto gemelar—Version espontánea de un feto—Inversion del otro durante el trabajo.

Por Carlos A. Vera

Interno del Hospital Rivadavia

La evolucion rarísima de un parto gemelar, y tal vez la única observada ó por lo ménos escrita hasta ahora, ha tenido lugar en nuestra maternidad. Es por esto que he creido de mi deber hacerla pública, como tambien digna, en mi concepto, de ser recojida por la ciencia obstétrica, para colocarla entre las mas extrañas mutaciones á que suelen alcanzar á veces la presentaciones. Sentiria únicamente las deficiencias de esta descripcion, pero ante el temor de que quedára oculta, he tomado el empeño de hacerla conocer.

El caso que voy á referir es el resultado de una detenida observacion hecha por los internos del hospital, como tambien del Dr. Molina, lo que no daria lugar á duda alguna, en cuanto á la exactitud del diagnóstico.

Se trata de una jóven italiana, de 24 años de edad, en el octavo mes de su preñez y cuyos antecedentes individuales son de poca importancia para nuestra historia, pero es importante conocer, teniendo en cuenta el rol de la herencia en la produccion de gemelos, que la abuela y una prima de aquella han tenido una vez partos gemelares.

De constitucion buena, no ha sufrido durante el embarazo ninguna molestia ó enfermedades de las que lo acompañan tan comunmente.

Su entrada á la maternidad la realizó el 9 de Junio.

La primera que diagnosticó una presentacion no comun.

usando su propia palabra, fué una partera extranjera que la Facultad le señaló como el caso práctico para el exámen de revalidacion. Aunque ajeno á lo que tratamos, pero ya que de paso hemos tocado algo que se refiere á la Facultad, permitid que en pocas palabras os refiera cómo se exige esta prueba á las que solicitan ejercer el arte. Se les designa un caso en la maternidad, para que ellas diagnostiquen, exigiéndoseles su historia respectiva. Pero como los que van á juzgar de la suficiencia de la prueba no conocen lo que han designado, resulta que el control no existe y los resultados que se tiene en vista al someterlas á este exámen, son negativos, y mas, son contraproducentes.

Continuemos. La mujer aquel mismo dia fué prolijamente examinada por nosotros y notamos:

El volúmen del vientre era normal, es decir, nada que por su volúmen hiciera sospechar un parto gemelar. El útero sumamente inclinado á la derecha, terminaba hácia el vacio en un tumor, duro, movible, lizo y característico de estremidad cefálica. En la rejion del pubis, la palpacion nos hizo reconocer la estremidad pelviana, lo que corroboramos luego con el tacto vaginal. En las otras partes del vientre no habia nada digno de mencionarse.

Los latidos fetales se oian fuertes y en número de 150 mas ó menos, debajo del ombligo y á la derecha en la línea que une á aquel con la parte media del arco crural. Se dice generalmente que en las presentaciones pelvianas los latidos fetales se oyen siempre encima ó en la línea horizontal que pasa por el ombligo, lo que no es cierto en muchos casos, pues no se tiene en cuenta la oblicuidad del útero, que baja el foco de auscultacion, ni que el ombligo se encuentra, no en la mitad de la línea que une al pubis con el fondo de la matriz, sino mas arriba, lo que necesariamente tiende al mismo resultado, es decir, á llevar el máximum del latido debajo. No es la primera vez que hemos observado, antes del trabajo del parto, esta diferencia en la auscultacion.

En resúmen, nuestro diagnóstico fué una presentacion de pelvis, en posicion S. I. D. A; no fuimos mas felices que la partera aludida, en reconocer que se trataba de un parto gemelar.

Quince dias habian trascurrido de nuestro exámen, cuando se nos avisó que aquel parto comenzaba, lo que efectivamente se comprobó encontrando á las 8 1/2 a. m. de aquel dia, una dilatacion del cuello de tres centímetros mas ó menos, y en presentacion de vértice. A la 1 p. m. la examinamos de nuevo sin notar gran adelanto en el trabajo.

Entonces pudimos comprobar y por repetidas veces en el estrecho superior movible aún, la cabeza; tocar la sutura sagital y fontanelas, las que estaban situadas, la bregmática hácia la sínfisis sacro-iliaca derecha y la menor en el principio del diámetro izquierdo, correspondiendo á la eminencia ileo-pectinea izquierda.

Inspeccionando el abdómen se notaba dos tumores, el antiguo derecho, descrito ya, pero un poco mas alto, con todos los caractéres de la cabeza y á la izquierda desde el ombligo, en un extension de quince centímetros cuadrados; otro tumor, mas sobresaliente que el derecho, con los caractéres de pelvis. La auscultacion nos reservaba una sorpresa: en vez de encontrar su foco á la derecha y debajo del ombligo en la línea á que antes me he referido, se hacia evidente al nivel de aquel y un poco á su izquierda, propagándose á la derecha en direccion del tumor, pero disminuyendo á medida que se alejaba. Desde este momento no dudábamos; este foco de auscultacion correspondia al niño cuya cabeza estaba á la derecha, es decir, en una posicion completamente trasversal.

El cambio de sitio de los latidos indicaba ya una gran movilidad en los fetos, circunstancia que es necesario tener en cuenta para explicar la evolucion definitiva que sufrieron en el parto.

Por última vez, temiendo equivocarnos, pues la auscultacion, signo el mas cierto, no nos ayudaba, al contrario, un solo foco hasta nos hacia dudar de que hubiera gemelos, tratamos de buscar el mejor medio para suplir aquella. Con el dedo índice de la mano derecha introducido en la vagina movilizábamos el feto, pero sin que la otra mano puesta en el abdómen sintiera casi nada la trasmision del movimiento, pero sí á la inversa y en distintas direcciones movilizábamos el tumor derecho.

El dedo de la vajina sentia claramente, sobre todo los que se hacian en el plano ántero-posterior. Esto nos demuestra evidentemente que el feto cuya cabeza estaba en el estrecho superior era posterior, cubierto en su parte superior por el traversal, flexionado en su eje longitudinal y abrazándolo en su concavidad.

Resumiendo, pues, diremos que ambos niños estaban colocados uno encima del otro, siendo el superior transversal y anterior, y el 2º vertical y un poco posterior con relacion al 1º, de estremidad cefálica inferior, en T y que corresponde á la 2ª variedad y primer género de la division de Budin. Llegamos por fin á la parte mas interesante.

En esa tarde continuaron sin interrupcion las contracciones uterinas, habiéndose roto la bolsa de las aguas á las 6 y 45 p. m. para efectuarse el primer parto á las 9 45 p. m. de aquel mismo dia, en S. I. D. A y de pelvis! Grande fué nuestro asombro y no atinábamos en el primer momento á explicarnos tan raro fenómeno. O nuestro diagnóstico habia sido erróneo, ó no era cierto lo que acabamos de ver. Falso dilema que en aquel instante se nos ocurrió, pero que se disipó con la rapidez que vino. La vista no nos engañaba; las señales de la pelvis del niño lo demostraban de una manera evidente, y por último, la formacion de una nueva bolsa de agua y casi inmediatamente la salida de otro feto, venia á confirmar una parte del diagnóstico. Pero faltaba darse cuenta de la estraña evolucion que habian sufrido los fetos para convertirse los dos en presentacion pelviana. En el primer momento no lo creíamos ni posible y sin embargo estábamos seguros del diagnóstico. Así es que buscar en los autores que se han ocupado de la materia fué nuestra constante preocupacion

Pero desgraciadamente, casi nada encontramos que fuera análogo á nuestro caso. Cuando mas, el de Depaul solo indica la posibilidad de la version espontánea cefálica despues de rotas las membranas, lo que con razon le ha hecho célebre; el de Schroder citado por Tarnier únicamente prueba la movilidad del niño en un útero en reposo; el 2º observado por aquel y como dice Tarnier, aún mas extraordinario, tuvo lugar en un parto único. Ninguno de ellos habla en los

partos múltiples de la influencia de los fenómenos mecánicos del trabajo en la presentacion, como tampoco de la que ejerce la salida del primer feto en la acomodacion de los otros.

Posteriormente, leyendo «La Clínica Obstétrica» de Budin, encontré una referencia que hace este sabio tocólogo, sobre un fácil medio que existe á veces, encontrado por el Dr. Juan R. Fernandez para el diagnóstico del parto gemelar, cuando los fetos están situados uno delante del otro. Esto hizo que leyera en aquel artículo una interesante observacion de un caso análogo al nuestro, como tambien el de Budin en su importantante obra «Obstetricia y Ginecología» y que para nosotros hasta entonces, era desconocido. Ambos son idénticos. Se trata de dos fetos, colocados uno al lado del otro, en presentacion de polos opuestos y en los que las primeras contracciones uterinas han llevado á la estremidad cefálica al estrecho superior, pero que las contracciones posteriores, no siendo estraños los movimientos activos de los fetos, han logrado en definitiva el encajamiento y la salida en pelvis del 2º y la inversion completa del 1º, naciendo tambien como aquel. Ambos, decia, son idénticos entre sí, pero difieren del que describimos en su colocacion dentro de la matriz, y la explicacion de su ulterior ó definitiva evolucion se complica algun tanto.

Lo primero que se presenta á resolver es: ¿qué feto ha nacido 1º? ó en otros términos, ¿es el que cinco horas antes, en posicion trasversal, impelido por las contracciones del fondo de la matriz ha descendido, ó es por el contrario el inferior el que ha sufrido la conversion completa durante el trabajo? Insignificante, segun el lado que se la considere, pero legítima curiosidad que en vano hemos buscado resolver adaptándola á las leyes que rigen el parto. Solo llegamos á conjeturas ó á probabilidades mas ó menos fundadas, pero no á la certidumbre que es consecuencia de leyes que no cambian, lo que no sucede en los fenómenos mecánicos del trabajo, ó tambien de la conviccion que hubiéramos adquirido siguiendo paso á paso todos sus detalles.

Temiendo abusar de vuestra bondad no entro en aquel terreno poco práctico tambien y cuya explicacion, con los antecedentes del caso, todos podemos tener.

En cuanto á darse cuenta de la inversion total experimentada por uno de los fetos, una vez que ambas estremidades se situaron en el segmento inferior del útero, la explicacion dada por el Dr. Fernandez en el caso á que antes hago referencia, paréceme la única aceptable y al consignarla aquí, no hago sino repetirla. La espulsion rápida del primer feto determinando el vacío en la cavidad uterina, y su retraccion inmediata, contribuyeron simultáneamente y de consensus, á invertir completamente el segundo feto para que naciera de nalgas.

Como complemento, ponemos á continuacion el peso, longitud, etc. tanto de los niños como de los anexos.

SEXO FEMENINO

1er niño..	Peso.....	1.850 gramos.
	Longitud.....	41 centímetros.
	Principales diámetros de la cabeza	OF=10 cent.
		OM=11 »
		SOB= 8 »
		BP= 8 »

SEXO FEMENINO

2º niño...	Peso.....	1.360 gramos.
	Longitud.....	39 centímetros.
	Principales diámetros de la cabeza	OF= 9 cent.
		OM=10 ½ »
		SOB= 8 »
		BP= 8 »

Placenta única y de 600 gramos de peso. El tabique comun de un solo amnios.

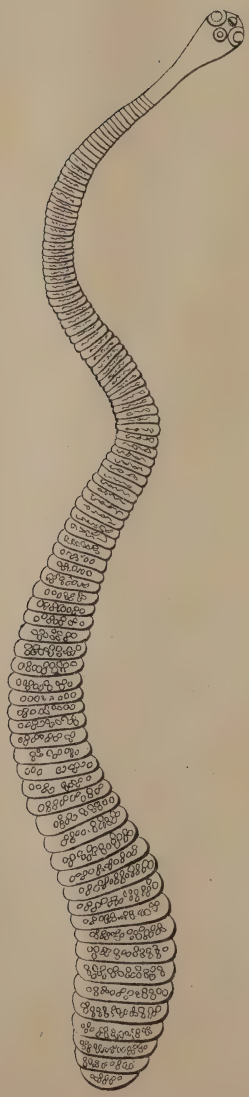
La longitud de los cordones era: del 1º 0.53 y del 2º 0.51. siendo mucho mas grueso que el otro. Su insercion en la placenta era del 1º central y del 2º marginal.

Menos que á las pequeñas dimensiones de los fetos y anexos, evolucion tan especial se debe á la falta completa del desarrollo (pues eran de 7 1/2), en los que las articulaciones y las partes duras no han adquirido ni la solidez, ni la resistencia de un feto á término y que hacen muy difícil obedezcan á las potencias que entran en juego en la produccion del parto, ni siquiera podríamos invocar el hidramnios ó desarrollo exagerado del órgano, pues tanto lo uno como lo otro eran normales.

Tenia Nana

Aumentada 18 veces; segun Leuckart.

Otto Wernicke.



Hemos referido un caso sumamente raro en la evolucion de un parto gemelar; hemos ensayado de describir ciertos fenómenos y analizar otros que salen de la ley comun y que por lo mismo los hacen interesantes, pero en todo esto, no vemos sino un interés puramente científico, una curiosidad para la obstetricia, una revelacion del capricho de las leyes naturales? Yo lo creo, pero no dudo tambien que esos cambios en las posiciones, esas trasformaciones tan radicales en las presentaciones son de verdadera enseñanza, pues indican por lo menos la posibilidad de modificarlas á voluntad, toda vez que el parto sea vicioso.

No recordaré los tiempos que en manos hábiles ha logrado alcanzar en Europa, la version por maniobras externas, pero de cuyos brillantes resultados nuestra práctica carece.

Y carece precisamente porque no poseemos los medios de realizarla; ni nuestros hábitos sociales permiten sino muy escasamente el exámen de la mujer en cinta, ni nuestra deficiente enseñanza de la clínica obstétrica, nos da la práctica suficiente.

Julio de 1890.

TENIA NANA

Por Otto Wernicke

La tenia nana, llamada tambien Diplocanthus nana Weinland, y Hymenolepis nana Leuckart, debe su nombre á su tamaño pequeño. Alcanza solamente de 15-20 milímetros de largo y en su punto más ancho no pasa de medio milímetro. Su cuerpo se compone de 150-170 proglotides, llevando los 20-30 últimas huevos maduros.

Estos huevos tienen una cáscara doble, separadas entre sí las dos por un espacio bastante ancho; el diámetro de los huevos es de 0,04 milímetros más ó ménos. La cabeza de la ténia lleva 4 ventosas y un pico protractil, que tiene una corona con 24-27 ganchos. Estos ganchos son todos del mismo ta-

maño. El cuello es mucho más delgado que la cabeza. El desarrollo de esta tenia es en parte desconocido; es probable que algun insecto le sirva de huesped intermedio.

Grassi considera la tenia como una variedad de la cucumerina. La mayor parte de los autores no aceptan esta opinion. La tenia nana es mucho más pequeña que la cucumerina; la cabeza de la cucumerina tiene tres ó cuatro filas de ganchos desiguales, mientras que la nana tiene una sola fila de ganchos todos del mismo tamaño; la forma de las proglotides es tambien muy diferente; en la nana prevalece el diámetro transversal, en la cucumerina el longitudinal. Si se añade á todo esto los estudios de Celli que demuestran que existen diferencias muy marcadas entre el desarrollo de tenia nana y de la tenia cucumerina, se siente uno poco inclinado á participar de la opinion de Grassi.

Los inconvenientes que trae consigo esta tenia, son, en general, pequeños. Cien á doscientos ejemplares apenas producen síntomas. Unos mil ejemplares producen cólicos, diarreas ó constipacion. En fin, un número muy grande, cuatro á cinco mil, puede producir ataques epileptiformes. El tratamiento es sencillo: el estracto de helecho macho siempre da buenos resultados.

Esta tenia es bastante rara. Voy á enumerar los casos que se han observado y referir finalmente el caso que se ha presentado entre nosotros.

La tenia nana fué encontrada por primera vez en Cairo en 1851 por Billharz. Este observador encontró en un niño fallecido de meningitis, un número considerable de estos vermes. Von Siebold los estudió detenidamente y les dió nombre.

Desde 1851-1885 no se observó ningun caso en Europa. En 1885 se constató un caso en Belgrad. Se trataba de una niña que sufria perturbaciones de digestion que hacia creer en la presencia de algun cestoideo. Se le administró varias veces estracto de helecho macho y espulsó en consecuencia, además de una tenia solium y varios oxyuros, unos 250 ejemplares de tenia nana. Estos fueron estudiados y clasificados por Blanchard en Paris.

En 1887 publicó Grassi sus observaciones. Segun él, la tenia nana es un parásito muy frecuente en Sicilia. Observó

entre 180 individuos que examinó, catorce individuos atacados. Estas son las observaciones hechas en el viejo mundo.

En la America del Norte. Spooner dice haber encontrado la tenia nana en un caso. La descripcion que da es incompleta. Blanchard dice que no es posible emitir opinion con los datos de Spooner, y para Leuckart no se trataba de tenia nana, sino de tenia flavopunctata.

En el caso que yo he observado, se trataba de un marinero argentino, de 28 años, muerto de tuberculosis pulmonar. No creo que en vida haya presentado síntomas de helmintiasis, puesto que el número de parásitos que encontré era muy pequeño: 30-40.

El Dr. R. Wernicke observó en el año 1886 en las materias fecales de una niña de poca edad, huevos de una tenia para él desconocida. Administró un vermífugo, pero no le fué posible hallar tenias en las deposiciones. Habiendo visto los huevos que presentan las tenias que yo encontré, le parece probable que en aquel caso se trató de tenia nana.

Como estas observaciones ofrecen algun interés para la patología nacional y no deseo que los autores europeos me hagan observaciones análogas á las de Spooner, he remitido á Blanchard en París y á Leuckart en Alemania, algunos ejemplares para que tengan á bien manifestarme su opinion que en tiempo oportuno publicaré en estos mismos *Anales*.

EMPIEMA DEL SINUS MAXILAR DERECHO

TREPANACION DEL SINUS—CURACION

Por el Doctor Fernando Perez

Laureado por la Facultad de Paris

El 30 de Agosto de 1889 se presentó en el consultorio de rinología del Hospital de Clínicas (Servicio del Dr. A. Ayerza), la señora Serafina D. de 23 años de edad. Una supuracion nasal fétida, que databa de tres años, motivaba su venida al consul-

torio. Varios tratamientos (lavatorios, insuflaciones, bujías medicamentosas, tratamiento general) habian sido ensayados sin ningun resultado. La supuracion nasal era todavia abundante; la enferma padecia de fuertes dolores de cabeza que con mucha frecuencia impedian el sueño.

Ningun antecedente individual. *Ni la cara ni la nariz* presentaban deformacion alguna. Hicimos el exámen de las fosas nasales con el speculum de Duplay. La fosa nasal izquierda estaba sana absolutamente. Encontramos *la derecha* llena de pus. Ese pus fué evacuado con una buena irrigacion de solucion boricada. Apercibimos la mucosa mas roja que de costumbre; el cornete inferior algo hipertrofiado. Pero no encontramos nada que pudiera explicarnos esa supuracion abundante, ni ulceraciones, ni necrosis, ni tumores. El espacio naso-faringeo estaba libre y sano.

Ese exámen negativo de las fosas nasales nos hizo formular el diagnostico de empiema del sinus maxilar derecho. Para comprobarlo hicimos acostar á la enferma sobre el lado izquierdo, la cabeza en posicion declive. Esa posicion hizo vaciar el sinus y el foco salió abundante por la nariz derecha. Comprobamos tambien el diagnóstico empleando el procedimiento de Voltolini.

Ese procedimiento es el siguiente: El cirujano y el enfermo se encuentran en un cuarto oscuro. Se introduce en la cavidad bucal una pequeña lámpara eléctrica Edison. Cuando los sinus maxilares no contienen pus ó un tumor, se observa abajo de los párpados inferiores una zona semilunar clara. En nuestra enferma, esa zona clara existia solamente del lado izquierdo. El lado derecho permanecia completamente oscuro: ningun rayo luminoso pasaba á través del sinus derecho. El diagnóstico no podia ser mas evidente. Siguiendo nuestros consejos la enferma se hizo arrancar el primer diente molar derecho, que estaba cariado. Las raíces estaban en buen estado. La cavidad alveolar no comunicaba con el sinus. El sinus fué trepanado por la alveola y lavado con una solucion boricada Esos lavatorios fueron hechos durante ocho dias. Toda supuracion desapareció: la curacion fué completa.

CLÍNICA DEL DOCTOR PIROVANO

La cirujía de guerra

Por Diógenes Decoud

Interno de la Clínica Quirúrgica

Durante este mes la cirujía de guerra ha predominado exclusivamente en la Clínica del Dr. Pirovano, proporcionando la ocasion de ensayar ámpliamente los procedimientos mas perfeccionados.

Resultado del método y de las oportunas intervenciones es la magnífica estadística que puede hoy presentar el Hospital de Clínicas, y que seguramente tiende á realizar uno de los ideales de la cirujía. Esta estadística, que aún falta algo por completar, nos presenta en primer término, como carácter resaltante, el hecho de que no se han practicado sinó cuatro amputaciones en ciento treinta heridos que tuvieron entrada al hospital durante los dias de la revolucion. La tendencia, pues, ha sido esencialmente conservadora y los resultados han consagrado el procedimiento.

En cuanto á la mortalidad, podría decirse muy exactamente que si se exceptúan ocho heridos que llegaron al hospital en estado sumamente grave, algunos moribundos, no ha habido sinó un muerto entre todos los enfermos sometidos al tratamiento.

Interesa particularmente en esta estadística, á la cual en otra oportunidad podré dar una extension mayor, la forma, el sitio y las complicaciones de las heridas. En cuanto á su causa, las víctimas de la revolucion lo han sido por bala, cuatro ó seis por contusiones poco importantes y ninguno por arma cortante ó punzante. Entre los heridos por arma de fuego, no he constatado sinó unos seis por metralla (fragmentos de fierro), siendo los otros por bala de fusil y probablemente algunas de revólver.

El traumatismo ha interesado principalmente los miembros superiores é inferiores, un 85 por ciento, quizá mas, distribu-

yéndose el resto por órden de frecuencia en el tórax, cara y cabeza. Heridos del cuello no hubieron sino dos; uno muy grave, en quien la bala, siguiendo un trayecto caprichoso cruzó el cuerpo de una vértebra cervical dando lugar á síntomas muy singulares, y otro muy feliz, en quien el proyectil destrozó las partes blandas inmediatas á la carótida primitiva, sin herir ningun vaso importante.

No nos ha sido dado observar en esta oportunidad en el hospital ninguna herida abdominal, y es de notarse á este propósito, la extraordinaria gravedad de los traumatismos penetrantes de esta region.

El caso del Sr. Arana, tres llevados á un hospital improvisado y los que en otras ocasiones han sido tratados en este establecimiento, han tenido un resultado constantemente fatal. No podria decirse de igual modo de los heridos del tórax, que á pesar de las complicaciones que presentaron, han curado ó están próximos á sanar.

Entre los heridos de la cabeza y de la cara, se han observado dos particularmente interesantes. A uno de ellos, el proyectil le destruyó el lábio superior con la parte anterior de los alvéolos y de la bóveda palatina; se produjo una hemorragia capilar muy abundante que fué difícil cohibir, y hoy se presenta ya en condiciones para una autoplastia que el Dr. Pirovano se prepara á ejecutar. Al otro, la bala le hundió el cráneo en el bregma, produciéndole una fractura conminuta; tuve la ocasion de tratarlo algunas horas despues del accidente: el foco fué simplificado y al extraerle una de las esquirlas se produjo una hemorragia del seno longitudinal superior que se contuvo por el taponamiento. El paciente siguió bien algunos dias, pero luego ocurrió una meningo-encefalitis, que como era de esperarse, terminó con el enfermo. La autopsia explicó despues con una precision admirable, por la localizacion de las lesiones cerebrales, los síntomas de afasia, contractura, convulsiones y hemiplegia observados en vida.

Las heridas de los miembros se dividen en proporciones variables entre los diversos segmentos, figurando algunos en las articulaciones de la rodilla y del hombro.

Pocas se limitaron á interesar únicamente las partes blandas y son las que han tenido una curacion más rápida, contando

entre ellas una que seccionó la arteria humeral en el pliegue del codo.

La gran mayoria de los traumatismos ha sido con fractura de los huesos, y segun la direccion del proyectil, segun el miembro y segun el sitio, la forma ha variado; pero en la mayor parte la fractura ha sido conminuta, quedando destruido el hueso en mucha extension. De todas se extrajeron grandes esquirlas, á tal punto en una de ellas que la reseccion del femur requirió diez centímetros.

Aun en los más grandes traumatismos, se ha intentado la conservacion del miembro y hasta ahora el resultado ha sido lleno de éxito, á pesar de que en algunos se haya intervenido despues de algunos dias, en pleno foco de supuracion. Extraccion de esquirlas, regularizacion de los fragmentos y contra-aberturas, tal ha sido el procedimiento fundamental generalmente observado.

El tratamiento varió segun los casos y las complicaciones. En los primeros dias, las heridas desgarradas fueron tratadas despues del minucioso lavaje antiséptico, con naftol alcanforado; pero despues, por indicacion del Dr. Pirovano se adoptó invariablemente para todos los casos la curacion húmeda. Despues de lavarse la herida con una solucion fuerte de fenol, se polvoreaba con iodoformo y se cubria luego con gasa, algodon empapado en sublimado al milésimo, mackintosh y vendaje algodonado.

Esta curacion era renovada ó no al dia siguiente, segun lo exigiera cualquiera de estas tres condiciones: temperatura, dolor, estado de limpieza del vendaje.

Las heridas de las partes blandas que fueron drenadas desde el primer dia, curaron en pocos dias. Algunas, pero pocas, escaparon á la supuracion.

Los miembros fracturados, segun el sitio y segun la situacion de las heridas, fueron colocados en goteras ó sobre un fanon recto, que con la curacion algononada, aseguraban perfectamente la inmovilizacion del miembro. Despues, en cuanto las circunstancias lo permitian, segun el estado de la herida, se aplicaba el aparato de yeso, con ó sin ventana. Así siguen hasta aquí con una marcha progresivamente buena.

Las heridas de bala, ha dicho un cirujano, están fatalmente destinadas á supurar, y las complicaciones, en efecto, si bien de carácter por lo general pasajero y benigno, no han faltado. Es raro el enfermo que haya escapado.

El éxito del tratamiento de una herida, depende seguramente de la primera curacion, y es la razon, sin duda, teniéndose en cuenta la falta de elementos y las dificultades de la cirujía de guerra, por la cual se atribuye tan mal pronóstico á las heridas de bala. La antisépsia del primer momento, que tanto vale, es generalmente mal hecha, muchas veces imposible, y convencidos de esto los cirujanos alemanes han logrado al fin proveer al ejército de pequeños paquetes de algodon fenicado, que forman parte del equipo del soldado en campaña. Llegado el momento, la oclusion de la herida con ese algodon puede librar de complicaciones temibles.

A pesar de los esfuerzos mas nobles y abnegados, muchos de los heridos de la jornada del 26 de julio no pudieron ser atendidos ni pronto ni debidamente en las enfermerías que se organizaron. Muchos fueron traidos al hospital despues de horas y aún despues de dias de una curacion imperfecta, improvisada con malos elementos. Las heridas así tratadas, forzosamente están condenadas á las complicaciones, y se comprende que deban ocurrir despues de haber estado largo rato espuestas á la infeccion por los numerosos microbios que cubren la piel y las ropas. En muchos casos, además, la bala hace penetrar á la herida un fragmento de paño ó lienzo, que determina la supuracion, y la mantiene despues, á pesar de los cuidados exteriores mas prolijos.

Así, las salas de cirujía, en los dias de la revolucion, presentaron un aspecto de la mayor gravedad. Sin detenerme en los síntomas propios de los formidables traumatismos que hacen tan conmovedores y patéticos los delirios y los quejidos dolorosos en las primeras noches, es de mencionarse que las complicaciones aparecieran rápidamente, casi en todos.

En las diversas salas donde se habia aglomerado un número excesivo de heridos, durante la visita nocturna pude comprobar al segundo y tercero dia, en cada uno, que la temperatura variaba entre 39.5 y 38.5 y las pulsaciones sumamente acelera-

das sin ser precisamente uniformes con el ascenso de la fiebre ascendian á 110 y muchos á 120. La excepcion fué rara. Era como una epidemia de infeccion.

Los flemones ocupan el primer rango en el número de estas complicaciones; fueron en su mayor circunscritos y se dominaron fácilmente por el tratamiento antiséptico antes mencionado.

En muchos casos se produjo la difteritis, que á pesar de su gravedad, fué vencida en pocos dias.

Debe atribuirse á la naftalina el resultado obtenido: cuatro ó seis dias eran suficientes para transformar las heridas; las falsas membranas, que con el iodoformo y el salol se reproducen tenazmente, cedian por la accion de la naftalina para dar lugar á una superficie roja de buen aspecto.

No ocurrió ningun caso de erisipela, y en cuanto al tétano, la mas fatal de las complicaciones, contra la cual son casi constantemente inútiles todos los recursos terapéuticos, no se presentó tampoco.

El Dr. Pirovano no lo ha observado esta vez, sinó en un herido de su clientela particular.

La gangrena figura en cuatro casos. En uno fué dominada fácilmente, y la herida donde habia empezado á manifestarse siguió luego una marcha regular; en otro la intervencion no fué posible porque el paciente fué llevado al hospital ya con la pierna y muslo completamente invadidos. Los otros dos casos se produjeron en un capitan de artilleria y un cadete de la Escuela Militar, ambos con fractura expuesta; uno de la pierna, el otro del muslo.

En el primero, verifiqué la simplicacion de la fractura á las veinte horas del accidente y la gangrena se inició al dia siguiente, tan rápida, tan invasora, que habia llegado á la extremidad superior del muslo en horas de intervalo. La temperatura se elevó á 41°, con 120 pulsaciones débiles, ictería, delirio. Fué menester practicar la amputacion en la misma tarde, y en un mes el muñon ha cicatrizado. En el otro, el Dr. Pirovano hizo la reseccion de la extremidad inferior del fémur despues de tres dias de producida la fractura, y la gangrena obligó despues á la amputacion.

En uno y otro caso la operacion salvó la vida del enfermo.

sin embargo de que los cirujanos alemanes, Billroth entre otros, establecen como contraindicacion para la amputacion la gangrena del miembro. Nuestro profesor, de acuerdo con los de la escuela francesa, aconseja y practica la intervencion enérgica en presencia de esta complicacion.

La experiencia de estos tres casos presenta la prueba y la contraprueba, y autoriza plenamente á ese último recurso de la cirujía porque con los elementos de la hora actual, ya no se podrá justificar la amputacion en otras circunstancias, sinó despues de haber agotado los otros procedimientos de que se dispone.

La cirujía conservadora es por hoy el mas grande triunfo y la honra del arte quirúrgico.

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA GENERAL

Profesor Dr. R. Wernicke

Evolucion y terminacion de la enfermedad

El período de tiempo comprendido entre el momento en el cual actúa sobre el organismo una causa morbígena y el momento en el cual la enfermedad se produce, se llama período de incubacion.

Recordando lo que hasta hoy llevo expuesto, resulta para nosotros que el período llamado de incubacion puede no existir, por no ser una sola la causa productora de la enfermedad, ó por no ser la influencia, una vez ejercida, sinó la repeticion de la tal influencia, lo que produce la enfermedad. La palabra *incubacion* es una de las pocas bien elegidas que tenemos en medicina. En efecto, para los casos en los cuales existe un período llamado de incubacion, tenemos verdaderamente una especie de empollamiento de gérmenes patógenos.

Hoy no se habla ya del período de incubacion, sinó al tratar de las enfermedades infecciosas.

El momento comprendido entre el contagio, el acto de la introduccion del gérmen dentro del organismo, y el momento en el cual la enfermedad se pronuncia ó inicia.

El período de incubacion varía segun las enfermedades, es de pocas horas, hasta de 2 á 3 meses, está bien determinado para algunas enfermedades y muy mal averiguado para otras.

Dura el período de incubacion algunas horas para el carbunclo, 1 á 2 dias para el cólera y la fiebre amarilla, 2 dias para la influenza, 3 á 4 dias para la vacuna, 4 á 7 dias para la escarlatina, 7 á 12 dias para el sarampion, cerca de 10 á 15 dias para la fiebre tifoidea, 20 dias para la sífilis, 3 meses para la neumonía contagiosa del ganado bovino, y de 2 á 20 meses para la rabia canina.

Durante el período de incubacion debemos considerar al organismo invadido, un organismo sano; la enfermedad en incubacion no se manifiesta de manera alguna.

La vacuna prende en un individuo invadido por la viruela, y puede obtenerse que aparezcan en el mismo dia la erupcion variólica y la vaccinal.

Pasado el período de incubacion se inicia la enfermedad con mas ó menos brusquedad, y un mismo agente patógeno puede dar lugar á dos formas de comienzo enteramente distintas. Así, por ejemplo, el baccilus de la tuberculosis puede manifestarse una vez provocando en la granulia aguda, un comienzo de enfermedad sumamente brusca—y en otros casos, en la tisis pulmonar,—evoluciona de tal manera y con tal lentitud que no hay posibilidad de determinar ni aún aproximativamente el principio del mal.

El hecho se explica. En el primer caso se forman millares de focos. En el segundo uno ó algunos focos.

La duracion de la enfermedad manifiesta, es variable. Hay enfermedades que terminan en algunas horas y las hay que duran toda una vida.

Á las enfermedades de marcha rápida se les llama agudas; á las que duran tiempo se les llama crónicas.

Fulminantes se les ha llamado á las enfermedades que matan como el rayo

No se puede fijar el plazo que dura una enfermedad para

dejar de ser aguda, ni se puede decir que tales ó cuales procesos mórbidos son agudos ó crónicos.

La tísis, la mas larga de las enfermedades comunes, puede llegar á verse aguda; se llama entonces galopante.

Un romadizo que generalmente se pasa en dos ó tres dias puede durar meses.

En la marcha de las enfermedades se han querido distinguir varios períodos, tales como el prodrómico, el de incremento, el de estadio, el de declinacion y la convalecencia.

Creo que no debemos admitir la existencia del primero y último de esos períodos.

El período prodrómico perceptiblemente no existe. Lo que se llaman síntomas prodrómicos no son mas que las primeras manifestaciones de los factores patógenos que se hacen sentir; son los síntomas prodrómicos tan solo las primeras sensaciones que provoca el agente morbígeno, cuyos efectos se mostrarán de una manera mas manifiesta dentro de poco.

El período prodrómico debe terminar cuando el enfermo no se puede ya tener en pié, ó cuando el médico pueda por lo que observa hacer el diagnóstico: dos criterios muy inconstantes de los cuales el uno varía con la resistencia del enfermo y el otro con la preparacion del médico.

Lo que se llama período prodrómico es un período casi esclusivamente propio de las enfermedades infecciosas agudas. Los síntomas de ese período son vagos: malestar general, cansancio, inapetencia, cefalalgia, abotagamiento intelectual, y otros que pueden observarse en el período inicial de la fiebre amarilla y que la mayoria de nosotros hemos sentido al ser atacados de influenza.

En la convalecencia, la enfermedad propiamente hablando ya ha desaparecido; el cuerpo se halla debilitado á consecuencia de las pérdidas sufridas; se repone con mas ó menos rapidez, pero no es posible hallar en ese período nada específico que permita ni sospechar cual es la enfermedad de la cual se está convaleciendo.

Los casos en los cuales se puede hablar de una convalecencia típica, reumatismo poliarticular agudo, por ejemplo, no son casos de verdadera convalecencia. En ellos persiste la

enfermedad que va desapareciendo poco á poco; en el período de convalecencia no debe haber ya en accion elemento morbígeno alguno.

El período de incremento, de invasion, es el que mas fácilmente se comprueba en casi todas las enfermedades; su duracion varía con la enfermedad; puede ser el único período que se presenta y terminar con la muerte, ó ceder su puesto á un período de declinacion, sin que sea forzosamente necesaria la existencia de un período intermedio de estadía.

Es mucho mas fácil reconocer los diferentes períodos de la enfermedad en las enfermedades agudas que en las crónicas; fué para las enfermedades agudas que se estableció la division en los períodos V. De las enfermedades crónicas, muchas eran solo consideradas como consecuencia de debilidad orgánica ó senil, no valia la pena estudiarlas con mucho empeño, porque generalmente no se obtenian grandes resultados terapéuticos al tratar de curarlas; para las agudas se contaba con la ayuda del organismo enfermo.

Una enfermedad puede en su curso ser contínua ó presentar intermisiones, ser intermitente, venir en forma de accesos, paroxismo ó ataques entre los cuales se hallan épocas de verdadero bienestar, de verdadera vida normal.

Una enfermedad contínua puede serlo desde el principio hasta el fin, generalmente un corto período de algunos dias, ú ofrecer períodos con disminucion de síntomas;—ser remitente:—en la remision no hay desaparicion completa de los síntomas de la enfermedad.

Lo mismo que remisiones puede ofrecer una enfermedad exarcebaciones, es decir, que en el curso de una enfermedad puede ser interrumpida la marcha mas ó menos lenta por repentinas acumulaciones ó incremento de síntomas. Será muy difícil poder distinguir una enfermedad con remisiones de una con exacerbaciones; por suerte esa distincion tiene mas interés teórico que práctico.

Las remisiones y las intermisiones pueden ser una ó muchas, pueden repetirse en intervalos regulares ó irregulares.

Ejemplo: en la fiebre intermitente verdadera, es decir, en el

chucho, impaludismo ó infeccion malárica, se observan ataques con periodicidad manifiesta; en la infeccion puerperal y en la epilepsia las intermitencias son variables; repítese el acceso de chucho, fiebre y sudor en un caso y de convulsiones en el otro, en plazos que no son igualmente largos.

Remisiones periódicas son mucho más frecuentes que intermitencias; el tipo más bien caracterizado de remision periódica nos lo ofrece la fiebre recurrente ó fiebre de recaidas; el tifus de recaidas es una enfermedad por suerte aun no observada en suelo argentino—¡ Ya nos invadirá !

Aquellos de vosotros que en la sala habeis mirado con alguna atencion los cuadros térmicos, habrán descubierto que existe para casi todas las enfermedades febriles una remision térmica que aparece en las horas de la mañana: esa remision como podeis haber visto es de 0,5 á 1 ó 2 grados; coincidiendo con esa remision térmica puede comprobarse además un relativo bienestar, una *relativa euforia*, para expresarme en lenguaje clásico.

Las remisiones cuotidianas generalmente son matutinas; en los tísicos suelen ser vespertinas.

Existe lo que se llama un tipo inverso de la fiebre, tipo que no es esclusivo á la destruccion pulmonar por el bacilo, pero que es mas frecuente en esa enfermedad que en otras.

Una enfermedad que termina por curacion puede terminar rápidamente y puede ir desapareciendo poco á poco; el enfermo entra en mejoría franca, notable, ó en una mejoría que solo el observador avezado reconoce.

La terminacion rápida, brusca, se llama terminacion por *crisis*, la terminacion lenta por *lisis*. La terminacion crítica es propia de las enfermedades febriles agudas, casi todas ellas infecciosas.

Vemos, por ejemplo, y vosotros lo habeis podido observar ya en la sala, que los enfermos de neumonía franca curan por crisis; la temperatura baja de 40º á la normal en pocas horas; á veces baja tanto que llegan á observarse temperaturas inferiores á 36º, descenso que generalmente solo dura poco tiempo.

Va acompañada la crisis por una série de fenómenos que se llaman críticos, de los que los mas notables y frecuentes son: sudores copiosos, miccion abundante de orina cargada, y descenso de la frecuencia del pulso; á veces vienen hemorragias por los orificios naturales, vómitos y diarreas.

Antes se creía que en la crisis el organismo enfermo vencia á la enfermedad, que al sudar, orinar ó sangrar, se espulsaba la *materia peccans*.

Hoy se dice que eso no es así; que no hay tal pelea entre organismo y *morbo*.

Que no hay probablemente *materia peccans*; pero no se sabe mas que antes tampoco, y puede ser que la doctrina antiguada vuelva á revivir, por lo menos en parte, y por lo menos para un grupo de enfermedades.

A la aparicion de la terminacion crítica, suele preceder una reagravacion del enfermo, lo que se ha llamado la perturbacion precrítica. Reconocer esa perturbacion no es muy fácil, puede confundírsela con una perturbacion preagónica; saberla distinguir es uno de los mayores méritos de los médicos antiguos.

Despues de pasada la crisis debe empezar una rápida y franca mejoría.

La crisis se puede iniciar pero no terminarse; no me atreveria á asegurar haber visto una crisis iniciada y que fuera interrumpida; sin embargo me habeis visto respetar la crisis, absteniéndome de examinar á un enfermo, al que hubiera debido descubrir mientras sudaba profusamente, en la crisis de una neumonía.

¿Será una preocupacion mia ó tendré la obligacion de proceder así siempre? La práctica me lo enseñará mas adelante. Hoy me creo obligado á respetar la tradicion, de la cual se desentierran con frecuencia *novedades*.

Los antiguos han sostenido la existencia de dias críticos, dias en los cuales eran mas frecuentes esas terminaciones;—parece no han tenido razon; los esfuerzos hechos por algunos médicos modernos no han podido salvar á esa doctrina.

Nuevas investigaciones puede ser que vuelvan á restablecerla; he visto muchas veces terminar neumonías en dias im-

pares, pero tambien he visto crisis (*) en neumónicos en el 6º, 8º y 10º dia de enfermedad.

De las enfermedades que conoceis solo os nombraré dos que suelen terminar por crisis, la neumonía franca y la influenza.

Cuando una enfermedad va á terminar en curacion por *lisis*, no desaparecen los síntomas de la misma con la brusquedad que ofrece la terminacion crítica. Las manifestaciones mórbidas van perdiendo poco á poco su intensidad, y se pierden insensiblemente; hay en estos casos un período terminal de la enfermedad durante el cual no es ya posible decir que el individuo está enfermo y en el cual tampoco no puede decirse que está sano.

Desaparece poco á poco la fiebre, se despeja poco á poco el entendimiento, viene poco á poco el apetito, los dolores si los hubo, difusos, se van limitando y se hacen menos agudos.

En la sala habeis visto ejemplos en los enfermos de fiebre tifoidea que han ido saliendo del hospital; los habeis visto cada dia un poco mejores; al pobre reumático de la sala baja le habreis oido ayer mismo decir que sus dolores iban retirándose poco á poco, que no le quedaba ya sinó dolor en el espinazo; habeis podido ver además cómo se restablecia poco á poco el movimiento de las articulaciones afectadas. En el enfermo operado del absceso hepático comprobamos dia á dia más ánimo, más apetito, mejor semblante, menos supuracion. Todos esos son casos de terminacion por lisis—ó *per lysin*, como decian los antiguos.

Las enfermedades pueden terminar de tres maneras diferentes:

Por la curacion;

Por la trasmicion á otra enfermedad;

Por la muerte.

Razones puramente didácticas me inducen á no entrar á considerar hoy con mayores detalles la terminacion por curacion y dejaremos el punto para volver á ocuparnos de él en alguna de las próximas clases.

Puede terminar una enfermedad por transicion á otra y puede

(*) Algunos autores franceses usan impropiamente la palabra *crisis*, para designar ataques ó paroxismos, así es que oireis hablar de crisis nerviosas (ataque de nervios), crisis gástricas (ataques de vómito) y otras.

desarrollarse como consecuencia de una afeccion aguda, una afeccion crónica; en ambos casos es igualmente difícil probar que la enfermedad primitiva ha terminado realmente. Habrá que discutir sobre si consideramos ó no terminada una enfermedad con la evolucion de un proceso, el proceso principal de la misma, y si tenemos ó no la obligacion de considerar como nneva enfermedad á todo nuevo proceso provocado ó favorecido en su desarrollo por la afeccion primitiva.

Discusion seria esta que no careceria de importancia filosófica ó filológica, pero estamos en clase de patología.

Lo mismo que á consecuencia de una enfermedad puede desarrollarse otra, puede presentarse en un enfermo una enfermedad nueva. Un individuo con orquitis puede adquirir una bronquitis; á una afeccion del cristalino puede asociarse una gastro-enteritis, y en estos casos para cualquiera que sepa pensar es fácil asegurar que las dos enfermedades reunidas en la misma persona, son perfectamente independientes una de la otra. No sucede lo mismo si observamos conjuntamente una orquitis y una artritis, una afeccion cardiaca y diarreas; en esos casos es posible que una lesion se relacione con la otra, què en un caso la artritis y la orquitis sean blenorrágicas, que la diarrea sea consecutiva á la rémora circulatoria venosa causada por la cardiopatía.

No se puede, pues, distinguir tan fácilmente como parece, á una consecuencia de una complicacion. Cuando una enfermedad no termina por curacion no siempre puede decirse cual ha sido su fin, y muchos enfermos se mueren sin que podamos decir si sucumbieran por una complicacion de la enfermedad primitiva ó por una consecuencia de la misma.

Muchas enfermedades terminan por muerte; en muchas la muerte se presenta rápidamente, en muchos casos ocurre repentinamente casi, sin que hayamos tenido razon alguna para temer su pronto advenimiento.

En otros casos la muerte es precedida por un período precursor, al que es necesario conocer: la agonía.

En la agonía puede comprobarse que la muerte va invadiendo poco á poco al organismo; muchos enfermos nos dicen que se sienten morir.

No quiero hacer aquí la descripcion del tétrico cuadro que representa un agonizante.

Una mala descripcion no os servirá; en la sala y en el público tendreis ocasion de practicar observaciones que os permitan reconocer á los precursores de la muerte. El que quiera leer algo sobre el particular, hallará en muchos de los textos descripciones magistrales, verdaderas joyas de literatura médica. La muerte puede ocurrir por tres causas, que pueden actuar aisladas ó aunadas:

Parálisis cardiaca ó síncope;

Parálisis respiratoria ó asfixia;

Parálisis nerviosa ó inhibicion.

Con la muerte se acaba el funcionamiento de intercambio nutritivo de las células.

Despues de la muerte del individuo se producen las descomposiciones que posibilitan á la materia al volver á su rotacion sin intervencion activa del organismo.

¿Existe ó no un momento de reposo en esa materia? No creo que se suspenda por un momento el movimiento de rotacion; solo hay una modificacion en la forma.

¿Hay síntomas seguros de la muerte, ó mejor dicho, hay signos que nos permitan decir siempre si un hombre está muerto?

De todos los indicios solo hay uno seguro, ese es la putrefaccion. En todo caso de duda es obligacion del médico esperar que ese proceso se inicie para dar su consentimiento á la autopsia ó inhumacion.

Estudiareis los signos de la muerte con mas provecho y facilidad al estudiar medicina legal.

Desde ya puedo adelantaros que es muy raro, pero sumamente raro, que se nos ofrezca en nuestra práctica la ocasion de dudar de la efectividad de una muerte.

Las historias espantables de enterrados vivos, de suicidas ó ajusticiados que resucitan, son en parte mentiras, en parte ilusiones; uno que otro caso quedará comprobado si ocurrimos á la historia de las grandes epidemias, ó á los entierros en masa hechos de los cuerpos recojidos en los grandes campos de batalla.

Solo en un caso es fácil la confusion de la muerte aparente con la muerte real; es esto en los casos de asfixia de los

recien nacidos. Al estudiar partos, y en presencia de los casos se os enseñará á distinguir los dos estados, y aprendereis en la maternidad que no deben dejarse de poner en práctica en los casos de asfixia de los recien nacidos, todos los medios que se aconsejan, y por tanto tiempo cuanto se requiere para comprobar la muerte real y efectiva.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Por F. A. J.

Hematozoarios de la influenza—(«Centralblatt für Bacteriologie», por el Dr. Klebbs, de Londres,—1890—Nº 5). La influenza es eminentemente trasmisible por medio del aire; no son bacilos sus productores, sino un organismo mas elevado, los *Rhyzomastigma* de la familia de las *monades*. Colocando una gota de sangre tomada por picadura de la pulpa del dedo en el porta-objeto y observándola con el aprocromático de Zeis, (1.5^{mm}) se ven alrededor de los glóbulos pequeños cuerpos dotados de movimientos rapidísimos, y que por sus dimensiones, formas y movimientos recuerdan los descriptos en la anemia perniciosa. Sirve igualmente para observarlos, el objetivo de inmersion homogénea $^1/_{12}$ ó $^1/_{18}$. Despues de la muerte puede observarse principalmente en la sangre recojida en el corazon. Estos organismos son flagelos, es decir, protozoarios provistos de filamento, tienen distintos diámetros, su forma es oval, prolongada, su mayor diámetro es de 1--4 micromilímetros; los más pequeños poseen movimientos rápidos, interrumpidos; los mayores presentan movimientos amiboideos lentos. En condiciones normales se les observa alrededor de los glóbulos mismos, pero es imposible sin preparacion observar las relaciones que tienen con estos elementos. Pueden colorearse, para estudiarlos con mayor facilidad, con la solucion de azul de metilo de Ehrlich muy diluida; se ve entonces que los protozoarios se colorean al mismo tiempo que los glóbulos. A me-

dida que van adquiriendo coloracion, los movimientos disminuyen hasta que se definen del todo. El flagelo aparece azul en una longitud igual al gran diámetro del cuerpo, en forma de filamento recto. Se vé tambien que muchas veces los flagelos están en el interior de los glóbulos; cada uno de estos puede contener hasta cinco flagelos. Los glóbulos se coloran en variados matices del verde.

Refiere el autor de estas observaciones, á este agente, la causa de la *influenza*, asimilándola á la malaria y á la anemia perniciosa, y dice que las recidivas tan frecuentes que dan á la enfermedad un tipo intermitente, hacen completa la semejanza. Dichas recidivas tienen su explicacion en las evoluciones periódicas de estos organismos.

Uso de la antipirina en las afecciones cutáneas—(«Sémaine Médicale», observaciones del Dr. M. Blaschko, de Berlin, —30 de Julio de 1890). Antes de ahora no se tenia un agente terapéutico que empleado contra el prurito que se manifiesta en la mayor parte de las afecciones de la piel, diera resultados satisfactorios: es M. Blaschko, de Berlin, quien por numerosos experimentos por él practicados en su clínica, ha llegado á la conclusion de que la antipirina tomada al interior, calma inmediatamente este síntoma sin tener los numerosos inconvenientes del ácido fénico, del menthol, del alquitran, etc.

La antipirina ha dado al Dr. Blaschko excelentes resultados en la urticaria, el eczema, el pénfigo y el liquen ruber planus. Su accion no solamente es paliativa, sinó que tambien tiene efectos curativos; se sirve de una mezcla compuesta de partes iguales de antipirina y azúcar, que hace tomar al enfermo antes de acostarse; á los niños les dá la siguiente fórmula:

Antipirina..... 5 gramos
Jarabe simple..... 25 »

(Tómese una cucharada de café á la tarde).

La emplea tambien con éxito contra el prurito nervioso de las histéricas, así como contra el prurito provocado por la hiperemia de la piel, sea activa ó pasiva; en estos casos la antipirina debe ser administrada á la dosis de 50 centígramos á un gramo por dia.

Las hemoptisis repetidas, como signo precursor de la nefritis intersticial (por el Dr. Duclos de Turs, «Révue géné-

rale de clinique et de Therapeutique», 21 y 28 de Mayo de 1890). Por las experiencias practicadas por los Dres. Hussard, Landouzy y otros, se sabia que las epistaxis frecuentes eran un síntoma seguro de nefritis intersticial. Hoy segun las experiencias del Dr. Duclos se puede avanzar mas y sostener que no solamente las epistaxis repetidas son un síntoma casi seguro, sinó tambien las hemoptisis.

El autor cita dos observaciones en las cuales la arterio-esclerosis antes de invadir el riñon afectaba los capilares pulmonares y provocaba á cada esfuerzo hemoptisis que anunciaban la inminencia de la nefritis intersticial. En los dos casos citados, la nefritis sobrevino despues de muchos años y trajo la muerte de los enfermos

Estas hemoptisis suelen producirse tambien en individuos que no teniendo ninguna afeccion del aparato cardio-pulmonar estén atacados por alguna enfermedad de órden artrítico, tales como hemorroides, eczema, asma, etc.

Del tratamiento de la difteria—(Por el Dr. Julio Simon, de Paris, «Sémaine Médicale», 18 de Junio de 1890.) Empieza el Dr. Simon aconsejando no sacar las falsas membranas, como lo aconseja el Dr. Gaucher, pues de esta manera se lesiona la mucosa que esté algo irritada; en caso de hacerlo, no emplear nunca el ácido fénico, pues dice haber observado casos de intoxicacion, debiendo preferirse á cualquier otro el jugo de limon.

En seguida empapa un hisopo en la siguiente solucion, con la cual toca la garganta en los puntos lesionados:

Acido salicílico.....	60	centígramos
Infusion de eucaliptus.....	60	gramos
Glicerina.....	40	»
Alcohol.....	15	»

A las dos horas de haberse practicado esta curacion, deberán hacerse irrigaciones en la garganta, ya con agua de cal, ácido bórico, ó ya con agua cargada de una sustancia alcohólica, como el timol dorado ó simple vinagre.

En la atmósfera que respire el enfermo se practicarán pulverizaciones con el objeto de cargar el aire con vapores húmedos y no con el objeto de purificarlo; no se deberá emplear

para estas pulverizaciones el ácido fénico. sinó el agua de nogal.

Se debe cambiar al enfermo de habitacion; no se le dejará en una atmósfera confinada, para favorecer la hematosis; podrán hacerse cada dos horas inhalalaciones de oxígeno puro; la temperatura de la habitacion se deberá mantener alrededor de 15 á 16 grados centígrados. Esto en cuanto al tratamiento local.

A más deberán darse los tónicos, tales como el alcohol, el estracto de quina, se dará una gota de nuez vómica para estimular las funciones digestivas, se darán alimentos líquidos ó semi-líquidos para poder mantener las fuerzas del enfermo. Termina el autor aconsejando abstenerse completamente de usar el ópio, en los casos de difteria, por las consecuencias funestas que puede acarrear. Ciertos diftericos no duermen y se suele recurrir al ópio sin imaginarse á los peligros que se expone al enfermo; con este motivo el autor cita varios casos en los cuales el uso del ópio produjo la muerte y dice: «desconfiad de este medicamento y recordad que no solamente se trata de ser útil sinó tambien de no dañar.»

Tratamiento de los chancros blandos por la creolina—(Por el Dr. Busque, de Pelotas, «Bulletin générale de Therapeutique», 15 de Julio de 1890).

El autor dice haber empleado con gran éxito, soluciones de creolina al 12 y al 20 por mil, en los casos de chancro blando; asegura que con esta solucion la úlcera se modifica aún en casos en que el iodoformo se mostraba inútil; una vez que se ha obtenido alguna mejoría con este procedimiento, continuar el uso de la creolina asociándola con el iodoformo.

Cura radical de las hernias segun el procedimiento de Mac Ervan—(Por el Dr. Lauenstein, de Berlin, «Revista de Medicina y Cirugía prácticas», 22 de Julio de 1890.) Los procedimientos de cura radical tienen por objeto destruir el saco herniario y cerrar lo mejor posible el anillo; cree que el método de Mac Ervan es el que llena mejor estas indicaciones.

El autor sigue este precedimiento operatorio: antes de la operacion coloca una almohada dura por debajo del muslo de modo que se produzca una ligera flexion de éste sobre la pelvis. Hace una incision al nivel del anillo inguinal externo y paralela al trayecto del cordon espermático» se aisla el saco herniario que se tiene cuidado de separar del cordon espermático y despues de las demás partes con las cua-

les está en contacto. El saco se debe aislar lo más arriba posible en el conducto inguinal, lo que se obtiene desprendiéndolo con el dedo. Al llegar al nivel del anillo inguinal interno se comprueba la situacion exacta de la arteria epigástrica; se reduce entonces el contenido del saco y se le abre si es necesario para desprender el intestino ó el epiplon de su cara interna. Se tira enérgicamente del saco, y por medio de una sutura de catgut se le reune desde el anillo inguinal hasta su extremidad externa. No se corta el hilo de sutura, sinó que se enhebra en una aguja de Mac Ervan, usándola para retirar todo el saco herniario en el conducto inguinal, de la siguiente manera: se hace penetrar la punta de la aguja en el borde superior del conducto inguinal cerca de un centímetro por dentro del anillo interno y despues se la conduce desde la herida hácia la superficie del abdómen á través del ligamento de Poupard, teniendo cuidado de no abrazar con el hilo la arteria epigástrica ni el cordon espermático; tirando entonces del extremo del hilo, se tira de todo el saco herniario á través del conducto inguinal interno; se fija el saco en este punto y con él se cierra de una manera muy eficaz la abertura herniaria.

Aún cuando algunos autores recomiendan el desagüe, el Dr. Lavenstein juzga inútil esta operacion.

Cree que en las hernias congénitas se puede sacrificar el testículo, ó bien empujarlo con el cordon espermático en la cavidad abdominal.

Tratamiento del espasmo de la glotis por la excitacion de la pituitaria—(Por M. Kurt, de Viena, «Bullettin medicale», 28 Mayo de 1890). Kurt, habiendo notado que en un niño de seis años, atacado de una coqueluche tan violenta que le ocasionaba verdaderas convulsiones, bastaba producir una lijera excitacion de la mucosa nasal para detener el acceso, tuvo la idea de repetir esta experiencia en sujetos atacados de espasmo de la glotis, y dice que en el momento del ataque bastaba tocar la mucosa nasal con las barbas de una pluma para que el ataque cesára inmediatamente.

Segun el autor, esta excitacion no solamente calmaría el ataque, sinó que mejoraria al paciente, evitando la produccion de los espasmos.

REGLAMENTO

Para el Concurso Nacional de Ciencias Médicas que el «Círculo Médico Argentino» celebrará en el año de 1891

El «Círculo Médico Argentino» procediendo de acuerdo con las bases I y V, y título XI de sus estatutos;

RESUELVE:

Artículo 1º—Celebrar un concurso nacional de Medicina en el año próximo de 1891.

Art. 2º—Los trabajos que se presenten á este concurso deberán consistir en memorias inéditas que se refieran exclusivamente á medicina nacional, pudiendo tambien presentarse preparaciones anatómicas, piezas patológicas y plásticas, preparaciones microscópicas ó instrumentos y útiles de aplicacion á la medicina y á la cirujía, que no hayan sido dados á conocer al público antes de su presentacion al certámen.

Art. 3º—Los premios serán cuatro, y consistirán en:

1º Una medalla de oro que no podrá exceder de media onza de peso efectivo, y se denominará: Primer premio;

2º Una medalla de plata del mismo peso que la anterior, que se denominará: Segundo premio;

3º Una medalla de cobre que se denominará: Tercer premio;

4º Un diploma de honor, que se denominará: Cuarto premio.

Art. 4º—Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso: «El Círculo Médico Argentino á N. N.», y en el reverso: «Concurso del año 1891 – Premio al mérito».

Art. 5º—Los premios de que habla el artículo 3º, incisos 1º, 2º y 3º, irán acompañados de los correspondientes diplomas en pergamino, y firmados por el Presidente y Secretarios de la Asociacion, y Presidente, Secretarios y miembros del Jurado.

Art. 6º—Los que quieran tomar parte en este concurso, sean ó no socios, presentarán sus trabajos antes del 1º de Mayo de 1891, en la Secretaría de la Asociacion.

Art. 7º—Las memorias serán anónimas, y llevarán un lema, sin que se deduzca por algo su procedencia, é irán acompañadas de un pliego cerrado con igual lema al de la memoria, en el que constará el nombre del autor y su residencia.

Art. 8º—Las preparaciones, aparatos, etc., vendrán embalados, sin nombre del autor, y acompañados de una memoria esplicativa de la pieza, etc., y un pliego cerrado en donde constará el nombre del autor y su domicilio; este pliego cerrado llevará la misma marca que el embalaje.

Art. 9º—El Jurado encargado de examinar los trabajos y adjudicar los premios, se compondrá de siete miembros que serán elegidos por la Asamblea, de una lista de veinte personas de reconocida competencia, que le será presentada por la Comision Directiva.

Art. 10—La Asamblea nombrará de entre los miembros de la Sociedad dos Secretarios para el Jurado.

Art. 11—El Jurado será constituido en presencia del Presidente de la Asociacion, el cual hará entrega al mismo de los trabajos que se hayan presentado, reservando los sobres que contengan los nombres y domicilios de los autores para ser abiertos en el seno de la Comision Directiva, despues que se expida el Jurado.

Art. 12—El *quorum* para las reuniones del Jurado será compuesto de cuatro de sus miembros.

Art. 13—Para el estudio de los trabajos, el Jurado nombrará comisiones de sus miembros, las que deberán presentarle informes escritos sobre el mérito de aquellos. Cada una de estas comisiones tendrá por cometido estudiar y dictaminar sobre el valor de todos los trabajos del Concurso.

Art. 14—Expedidas todas las Comisiones parciales y leídos todos los trabajos en presencia del Jurado, éste discutirá la importancia de los temas, el valor de las cuestiones que abarquen, su forma, su extension y su carácter nacional.

Art. 15—Discutidos los trabajos, el Jurado, teniendo en cuenta el mérito absoluto de los mismos, acordará ó no los premios establecidos en el artículo 3º.

Art. 16. El informe que el Jurado presente á la comision directiva debe contener todos los detalles relativos á los trabajos del concurso, así como los fundamentos de su fallo.

Art. 17—El Jurado deberá expedirse antes del 1º de Junio 1891.

Art. 18—La distribucion de premios tendrá lugar el dia 29 de Junio de 1891, aniversario de la fundacion del «Círculo Médico Argentino».

Art. 19—Las memorias premiadas pasarán á la Biblioteca de la Asociacion, y serán destinadas al Museo de la misma, las piezas anatómicas, aparatos, etc.

Art. 20—Los trabajos que no resultasen premiados, conjuntamente con los pliegos cerrados que contienen los nombres de los autores, quedarán á disposicion de éstos en Secretaría.

Art. 21—Solícitese de la prensa de la capital y del interior, la insercion de esta resolucion, y publíquese en «Los Anales del Círculo Médico Argentino».

Buenos Aires, Julio 25 de 1890.

JULIO MENDEZ
Armando Claros—Luis Beaufrére
Secretarios.

NECROLOGÍA

El Dr. Alberto Ugarteche—Ha fallecido en la Concepcion del Uruguay el Dr. Alberto Ugarteche, ex-miembro fundador del Círculo Médico Argentino, profesor del Colegio Nacional y de la Escuela Normal de aquella ciudad.

El Dr. Ugarteche ha muerto jóven, y ha sido merecidamente lamentado, pues le adornaban excelentes condiciones de carácter.

FORMULARIO

Frank Scott emplea contra la *hiperidrosis de las manos* la siguiente composicion:

Biborato de soda.....	aa
Acido Salicílico.....	7 gramos 50 cent.
Acido bórico.....	2 gramos.
Glicerina á 30º.....	aa
Alcohol.....	30 gramos.

M. Con este linimento se frotarán las manos tres veces al dia.

Liebreich prescribe el butylcloral en las *neuralgias del trigémino*, en esta forma:

Butylcloral.....	3 á 5 gramos
Alcohol rectificado.....	10 »
Glicerina.....	20 »
Agua destilada.....	120 »

M. Tomar 2 ó 4 cucharadas grandes en una vez.

Calvelli aconseja contra la *erisipela:*

Acido picrico.....	1 gramo 50 cent.
Agua destilada.....	250 gramos.

Disuélvase. Uso externo. Con un pincel mojado en esto se embadurnan las partes enfermas, 5 ó 10 veces por dia. La misma solucion puede emplearse contra las linfangitis y el eczema seco.

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 10

Anales del Círculo Médico Argentino

OCTUBRE DE 1890

CLÍNICA QUIRÚRGICA

I. Fractura espuesta de los huesos del antebrazo—II. Panoftalmia; enucleacion—III. Onixis bilateral—IV. Herida cerebral por arma de fuego: trepanacion—V. Fímosis congenital: circuncision.

Por el Dr. Luis C. Maglioni

Cirujano del Hospicio de las Mercedes

I. El niño M. Q. de 12 años de edad, alumno del colegio de San José, se fracturó en una caída el cúbito y el rádio del lado derecho el dia 4 de Abril de 1890.

Uno de los fragmentos de este último hueso perforó los tegumentos, inclusive la piel, aunque en muy pequeña extension.

Tratamiento:—Antisepcia de la herida hasta el foco de la fractura, coaptacion de los fragmentos óseos y oclusion completa de la herida exterior por medio de colodion elástico, vendaje, etc., como en las fracturas simples.

A los cuatro dias despues de esto: renovacion del vendaje, principalmente con el objeto de observar la herida. Todo marcha bien. A los 30 dias supresion completa del vendaje. La herida perfectamente cicatrizada y la fractura doble bien consolidada.

No hace mucho tiempo, cuando las aplicaciones de la antisepcia eran aún muy restringidas, estos casos eran temidos y con razon, y estos resultados no siempre se obtenian. Hoy una fractura espuesta no trae por este último hecho apareja-

da la idea de mutilacion como antes, y esto aún cuando se trate de huesos mayores y aún cuando se vea al exterior la extremidad de uno de los fragmentos.

Recuerdo que, estando en París á principios del año 1887, tuve ocasion de ver, en una de las salas del Hôtel-Dieu, varios casos reunidos de fracturas complicadas, una de las cuales era conminutiva, y de oir al eminente profesor Tillaux sostener con hechos comprobados estas ideas de cirugía conservadora al amparo de la antisepcia y de la oclusion.

Tenemos, pues, por una de las tantas conquistas de la cirugía contemporánea la supresion del axioma antiguo de que «las fracturas complicadas reclaman generalmente la amputacion.»

II. N. N., vasco francés, alienado, de 55 años de edad, es enviado del manicomio á mi sala de cirugía el dia 19 de Marzo de este año, presentando una panoftalmia. Sentia fuertes dolores y se podia constatar un enorme quémosis conjuntival, necrosis de la córnea, hipopion, algo de exoftalmia y pérdida completa de la vision con ese ojo.

Ensayé primeramente un tratamiento conservador consistente en escarificaciones de la conjuntiva, colirio de atropina, calomel al interior, etc.

A los cuatro ó cinco dias, no habiendo obtenido ningun resultado con este tratamiento, considerando á dicho ojo derecho completamente perdido á los efectos de la vision y notando en el ojo izquierdo algunos síntomas aunque no bien definidos de oftalmia simpática, resolví la enucleacion y la practiqué por el procedimiento de Bonnet de Lyon. El enfermo fué cloroformado.

Este caso no ofrece nada mas de particular sino que (recuérdese que se trata de un loco), cuando me hube retirado de la sala, el enfermo se sacó inmediatamente el vendaje y toda la curacion antiséptica, lavándose repetidas veces el campo operatorio con agua fria.

A pesar de esto siguió muy bien, sin presentar el menor accidente desfavorable.

III. Es el primero que veo y no recuerdo que los autores refieran casos de *onixis bilateral*.

Invitado por el Dr. Zenavilla para que examinase y operase á una jóven sirvienta de su casa, me encontré con que la uña del dedo gordo derecho estaba encarnada por sus bordes interno y externo, con fungosidades en el dermis á ambos lados, lo que le hacia muy doloroso el calzarse y el caminar.

Procurada la anestesia local por medio de una mezcla de hielo y sal marina, extraje de ambos lados de la uña y en toda su longitud una lengüeta de tres milímetros de ancho. Excindí con el bisturí las fungosidades dérmicas y cautericé á fondo con el nitrato de plata, como podia haberlo hecho (y como lo he hecho en otros casos), con el galvano-cauterio, etc.

A los diez dias la enferma estaba bien, con la porcion central de la uña en condiciones satisfactorias.

IV. El lúnes 28 de Julio de 1890, habiendo ofrecido mis servicios como cirujano en el Hospital Rawson, fueron éstos aceptados por su distinguido director el Dr. Hunt.

Entre los numerosos heridos de la revolucion se encontraba el estimable ciudadano D. Domingo Matheu, quien, peleando en uno de los cantones de la Union Cívica, fué herido de un balazo en la cabeza la víspera del dia en que yo le ví por primera vez. Yacia éste en su lecho en un estado de atontamiento y afásico; sin fiebre; sin parálisis en los miembros ni de la sensibilidad, ni del movimiento; las pupilas normales, reaccionando bien á la luz.

Habia un orificio de entrada en el lado izquierdo de su cabeza, próximamente hácia la parte media del borde anterior del hueso parietal. Haciendo con el dedo una lijera compresion en ese sitio se notaba cierta blandura y movilidad en el hueso que hacian sospechar su fractura. Se notaba además el orificio óseo de entrada del proyectil, no existiendo orificio de salida.

¡Caso bien desfavorable por cierto y respecto del cual no era posible formarse sino muy pequeñas ilusiones!

De todas maneras la indicacion *evidente* y *urgente* era practicar la trepanacion en los alrededores de la herida, con el propósito de *hacer lo posible* en el sentido de salvar de la muerte á este enfermo.

Convinimos, pues, con el Dr. Hunt en que yo practicaria dicha operacion, que empezada á las 12 y 1/2 p. m. terminó á las 4 p. m.

Omitiendo detalles, me limitaré á decir que apliqué 4 coronas de trépano de 16 milímetros de diámetro, agrandando convenientemente esta zona con la gubia y el martillo.

En el borde del orificio óseo noté y lo notaron todos los colegas que me acompañaban (Dres. Hunt, Goenaga y varios practicantes del hospital), una pequeña partícula de plomo. Al hacer la extraccion de uno de los puentes óseos tendidos entre el orificio de entrada y los orificios del trépano, noté por debajo un cuerpo duro independiente, que por un momento pensé fuese el proyectil... Desgraciadamente no era sino una esquirla ósea correspondiente á la lámina interna del hueso, esquirla que extraje, así como otras mas pequeñas producidas por el estrellamiento de dicha lámina interna.

En la lámina externa no habia esquirlas, percibiéndose tan solo unas breves cisuras irradientes del orificio de entrada.

Descubierta la dura-madre presentaba ésta tambien su correspondiente orificio. Practiqué una incision de esta membrana en toda la longitud del mayor diámetro ántero-posterior del forámen óseo. Hácia la extremidad posterior de esta incision apareció desbordando una cierta cantidad de sustancia cerebral alterada juntamente con algunos pequeños coágulos sanguíneos.

Introduje primeramente (despues de extraer la pequeña porcion de masa cerebral alterada) un estilete, con especial cuidado, y luego *el dedo meñique*, en una extension prudentísima con el fin de que su pulpa me indicase, caso de estar accesible, el sitio preciso del proyectil para extraerlo, lo que me hubiese dado grandes probabilidades de salvacion para mi operado.

Tuve el sentimiento de tener que declarar á los colegas

circunstantes que no percibia ningun signo determinante del sitio del proyectil.

Limitando á esto mi intervencion y despues de dejar una pinza á permanencia sobre un ramo de la arteria temporal y una pelotilla de algodon comprimiendo un vaso meníngeo, coloqué un tubo de drenaje é hice la curacion antiséptica de Lister.

El mártes 29 el enfermo no ofreció nada de particular. Parecia sí algo mejorado, pues se sonreia, se alimentaba bien y no tenia ni un grado de aumento en su temperatura.

El miércoles 30 le retiré la pinza y el algodon hemostáticos y renové la curacion. Nada de fiebre; buen apetito; contestaba con la cabeza y sonriéndose á algunas preguntas que le dirigia y se apoyaba con sus dos manos sobre el plano de la cama para facilitarme la curacion.

La afasia persistia.

En la noche del 30 tuvo gran agitacion.

El juéves 31, lo mismo que en el dia anterior.

El viérnes 1º de Agosto falleció.

Hubiera sido interesante practicar la autopsia para determinar el trayecto y sitio de la bala, pero no fué posible por causa de haber la familia reclamado el cadáver.

Queda no obstante para mí erigido en un precepto invariable en casos semejantes: siempre la intervencion quirúrgica, única que en algunos, aunque muy pocos casos, puede conseguir salvar al enfermo. Pues, ¿quién puede de antemano decir en ningun caso con seguridad que la bala no estará accesible?

Nadie, á lo menos pensando y hablando sériamente.

Tengo para mí como un precepto mas general aún, que en muchas lesiones importantes del cráneo y del cerebro compatibles con la vida, la trepanacion se impone como necesaria.

En el número 7 de la «Révue de Chirurgie» de este año, correspondiente al número del 10 de Julio, y llegada por consiguiente á mi poder algunos dias despues de practicada mi operacion, he tenido ocasion de leer un importante artículo del Sr. Ratimoff, de San Petersburgo, con este título: «Herida de la cabeza por arma de fuego».

Trátase en dicho artículo de un individuo que, jugando con un revólver, descargóse un tiro sobre su cabeza.

Permaneció con vida. Al tercer dia del accidente *es trepanado*. El cirujano *introduce prudentemente el dedo meñique* en la sustancia cerebral, buscando el proyectil. Este no fué encontrado. El enfermo no tuvo el menor accidente atribuible á la operacion, como en mi caso; y como en mi caso tambien, el enfermo murió.

Recomiendo la lectura de este artículo á los que puedan haber considerado atrevida é inoportuna mi intervencion en el caso que he descrito, no necesitando por cierto del artículo del Sr. Ratimoff para poder demostrar hasta la evidencia que ella fué ajustada á las mas altas vistas y procedimientos de la cirugía actual.

He citado el caso del Sr. Ratimoff por lo de siempre: cuando no se tiene autoridad, aunque se proceda correctamente, hay á veces necesidad de apoyarse en quien la tiene. Y si el Sr. Ratimoff es un desconocido y no tiene autoridad suficiente entre nosotros bastará saber que la «Révue de Chirurgie», órgano de la mas conspícua asociacion de cirujanos franceses, no admitiria en sus columnas sin salvedades un artículo en que se afirmase como procedimiento indiscutible la trepanacion en estos casos, si tal actitud fuese digna de reprobacion.

V. El Sr. A. P., jóven de 18 años, tenia un fímosis congenital, con el orificio del prepucio bastante estrechado. En estas condiciones, no ha mucho tiempo adquirió una blenorragia.

El Dr. Canevaro, médico del Sr. P., me invitó para que le viese en consulta. En esta y ante el enfermo manifesté mi opinion de que era, sino indispensable, altamente conveniente la operacion.

Resuelto el enfermo la practiqué con el auxilio del cloroformo el 10 de Setiembre corriente.

Tomé el labio superior del orificio prepucial con una pinza de Péan é igualmente con otra pinza el labio inferior con el objeto de hacer una lijera traccion del prepucio. Coloqué la

pinza *ad-hoc* comprimiendo el prepucio, en una direccion de arriba abajo y un poco de atrás adelante, es decir, paralela á la corona del glande.

Practiqué la escision con el bisturí al ras de la pinza. Quité ésta, incindí con la tijera de adelante atrás sobre la parte media de la porcion dorsal de la mucosa prepucial hasta cerca de la corona; corté en seguida una superficie triangular en ambos colgajos de la mucosa; lavé bien con solucion fenicada fuerte y suturé con cat-gut circularmente la piel con la mucosa.

No habian adherencias entre la mucosa prepucial y la mucosa del glande.

Habia sí una balano-postitis que unida á la blenorragia ha demorado un poco la desaparicion del *bourroulet*, que generalmente se forma en estos casos en las proximidades de la incision circular.

El enfermo está hoy, á los 10 dias de la operacion, casi restablecido y satisfecho de la conformacion que promete el prepucio en sus relaciones con el glande.

Buenos Aires, Setiembre 20 de 1890.

AGENESIA RENAL UNILATERAL

Por Nicolás D. Repetto

Habiendo tenido la oportunidad de observar un caso de *agenesia renal unilateral*, ó sea la ausencia congénita de un riñon, he creído que su publicacion podia ser de algun interés, pues hasta ahora en los casos que se han publicado bajo este nombre solo se trataba casi siempre de atrofias congénitas, que no tienen nada que ver con la agenesia verdadera; y además, porque en este caso, agregada á la agenesia renal, existe una ausencia ó por lo menos una atrofia muy marcada de la mitad izquierda del aparato genital.

En el caso que me ocupa, se trata de un individuo que ha fallecido en el Hospital de Clínicas durante el mes pasado, á

consecuencia de una pleuro-neumonía. En la autopsia, las lesiones encontradas en la pleura y en los pulmones, confirman plenamente el diagnóstico clínico.

En la cavidad abdominal, despues de examinar el hígado, bazo y estómago, se trató de hacer lo mismo con los riñones, pero para encontrar el izquierdo se presentaban dificultades nada comunes. Llevada la mano al sitio en el que normalmente se halla situado, no se pudo comprobar su existencia, y se pensó en el primer momento que se trataria de uno de esos casos tan frecuentes de atrofia congénita; en vista de lo cual se practicó una diseccion prolija del aparato urinario para encontrar la pequeña masa glandular que representaria al riñon atrófico. Mas esto no dió mejor resultado; el espacio que debia ocupar el riñon estaba lleno de abundante tejido célulograsoso, y la ausencia de ureter agregada á otras circunstancias que enumeraremos mas tarde, revelaron al instante que se trataba de una agenesia unilateral, y no se trató de examinar apresuradamente el otro riñon para ver si tambien faltaba, por la razon sencilla de que la agenesia bilateral, como todos lo saben, es incompatible con la vida.

En el convencimiento de que se estaba en presencia de una rara anomalía, se completó la diseccion del aparato génito urinario para observar exactamente la disposicion que tomaba cada una de sus partes, y de las que haré aquí una sucinta descripcion, sin agregar otras consideraciones que aquellas realmente indispensables para la mas fácil comprension del caso que nos ocupa.

Conjuntamente á la ausencia del riñon izquierdo, se notó la falta completa del ureter correspondiente.

La arteria renal izquierda tambien faltaba, no existiendo mas órgano de la mitad izquierda del aparato urinario sinó la cápsula suprarenal que se alimentaba por dos pequeños ramitos que salian directamente de la aorta abdominal y cuya vena estaba representada por un grueso tronco en el que desembocaba la vena espermática izquierda, y que iba á echarse directamente en la vena cava inferior.

Esto es en lo que respecta á la mitad izquierda del aparato urinario.

En cuanto á la mitad derecha, á primera vista se nota un

riñon voluminoso, colocado en su posicion normal, pero que sobrepasa los límites comunes, estando su extremidad superior en contacto con la cara inferior del hígado, en la que deja diseñada su forma.

Sus diámetros, tomados lo mas exactamente posible, son los siguientes: diámetro vertical 138 milímetros, diámetro transversal 78 milímetros, diámetro ántero-posterior 39 milímetros. Como se vé, estos diámetros presentan un aumento proporcionado y sobrepasan á los normales en muchos milímetros. El peso es de 294 gramos: mas del doble del normal.

Las caras de este riñon se presentan completamente lisas; la cápsula se desprende fácilmente y deja ver una superficie lobulada. Una arteria voluminosa y una vena idem, entran y salen respectivamente por el hileum que, en este riñon, no se halla situado en el borde interno sinó en la cara posterior á un centímetro y medio de dicho borde. Al corte se presenta fuertemente congestionado, existiendo una justa proporcion entre la sustancia cortical y la medular; la consistencia es normal. No se observa el menor indicio de nefritis, aunque tal vez haya sido sospechada en vida, debido quizá á los fenómenos urémicos que se observaron; pero estos fenómenos urémicos pueden tener una esplicacion satisfactoria en el hecho de que este solo riñon, á pesar de estar hipertrofiado, no bastaba para desempeñar de una manera completa las funciones que fatalmente le estaban impuestas.

Del hileum de este riñon parte un cordon blanco y muy duro que por su aspecto se parece á un grueso nervio: es el ureter que tambien está hipertrofiado y que siguiendo su direccion normal va á abrirse en la vejiga por su cara inferior. La vejiga es de volúmen ordinario, con sus paredes y mucosa normales.

En ella no se observan sinó dos orificios: uno que corresponde á la uretra y se halla situado en la extremidad ántero-inferior y el otro que corresponde al ureter y que está situado en la pared inferior, á unos tres centímetros y medio próximamente de la línea media.

Las cápsulas suprarenales existen en número de dos: una para cada lado de la línea media, situadas en su posicion nor-

mal, con su volúmen algo aumentado y transformadas en un kiste sanguíneo.

La cápsula suprarenal del lado derecho recibe un ramito arterial que viene de la renal, y da nacimiento á una vena que va á desembocar directamente en la cava inferior. La cápsula suprarenal izquierda, como ya se ha dicho, da nacimiento á una vena voluminosa que en su trayecto recibe á la espermática izquierda y que se echa tambien en la cava inferior, recibiendo dos ramitos arteriales que vienen de la aorta abdominal, la que se presenta con un calibre algo disminuido

El aparato genital tambien es anómalo; se presenta con modificaciones tan profundas que uno se siente inclinado á creer en una ausencia completa de la mitad izquierda del mismo. En efecto: aprisionando las bolsas entre los dedos, se nota un testículo derecho algo atrofiado, mientras que el izquierdo pasa casi desapercibido, é incindiendo las bolsas y dándole un corte se vé que no está representado mas que por una pequeña masa apelotonada, del tamaño de 1/2 avellana, compuesta esencialmente de un tejido fibroso resistente. De esta pequeña masa fibrosa parte un cordon del mismo tejido, el que insinuándose entre los vasos espermáticos llega hasta el conducto inguinal donde se irrádia en numerosas fibras que inmediatamente desaparecen. Este cordon representa indudablemente el conducto deferente izquierdo.

Examinando la cara inferior de la vejiga se nota inmediatamente la falta absoluta de la vesícula seminal izquierda, no existiendo mas que la del lado derecho colocada en su posicion normal, de un volúmen considerable y en la que viene á desembocar el conducto deferente derecho. De esta vesícula parte un conducto eyaculador único, el que atravesando la próstata va á desembocar en la uretra, en el verumontanum. La próstata, el pene y la uretra, no presentan nada notable.

Esta es la descripcion lijera de los aparatos genital y urinario, tal cual han sido encontrados en la autopsia. Las interesantes y numerosas consideraciones que se pueden hacer, tratando de averiguar la causa que ha entorpecido la evolucion completa de estos dos aparatos tan importantes, no las hago

porque no es esto lo que me he propuesto, y además, porque creo que ellas son del resorte exclusivo de los hombres preparados.

Buenos Aires, Octubre de 1890.

OBSTETRICIA

Presentacion de cara en M. I. D. P. con procidencia del brazo izquierdo—Operacion—Curacion

Por Cárlos A. Vera

Interno del hospital Rivadavia

Menos por la importancia científica del caso en sí considerado, que por las trascendentales reflexiones á que se presta su ejecucion por un médico poco práctico en el arte, es que damos á la publicidad este caso.

Trataremos de describirlo con los detalles suministrados por los que han presenciado el caso en el público, por los de la misma enferma, como tambien,—siendo esto lo mas importante para nuestro objeto,—con los datos sacados del exámen de la paciente en los dias que hemos tenido la oportunidad de estar cerca de ella.

Antecedentes individuales—La enferma Juana N., española, de 38 años de edad, casada hace 10, era recibida en el hospital Rivadavia el 5 de Mayo del corriente año, á las 9 p. m.

Ha tenido cuatro hijos de los cuales solo vive una niña, muertos los otros en temprana edad. Llegaba la enferma embarazada de nueve meses.

Hace un mes que ha llegado á Buenos Aires en calidad de inmigrante, cuyo viaje lleno de penalidades de toda especie la ha aniquilado empobreciendo su naturaleza.

Además, el estado de embarazo ya avanzado y la impresion dolorosa que se siente siempre al abandonar la patria han quebrantado su espíritu, agregándose á la influencia de un viaje muy incómodo la de la nostalgia que deprime.

Esto, segun ella, contribuyó á debilitar mas su organismo,

precisamente cuando mas necesitaba de la integridad de sus fuerzas.

Antecedentes de la enfermedad—Los dolores del parto comenzaron á hacerse sentir intensos el dia 5 á la tarde, rompiéndose la bolsa de las aguas esa misma noche á las 9, pero sin salir de una vez, pues continuó afluyendo el siguiente dia, intermitente, con las contracciones uterinas.

Como el trabajo continuara sin notarse adelanto alguno en la espulsion del feto, la partera creyó prudente llamar á un facultativo, el que desde ese momento y en posesion de los antecedentes y con el exámen que hizo de la enferma, puso sus recursos en práctica, los que resultaron nulos y tal vez, como veremos luego, contraproducentes.

El camino desde luego estaba señalado: aconsejó se la trasladara al hospital.

Estado actual—A su ya agotado organismo habia que agregar mas de 20 horas de intensos y prolongados dolores, las maniobras torpes é intempestivas de un médico ignorante en el caso; los desórdenes graves de las funciones era la lógica consecuencia: gran timpanizacion con fuertísimos cólicos; disnea muy notable, pues habia 35 respiraciones por minuto; corazon con 120 latidos débiles; pulso pequeño, imperceptible á veces; finalmente vómitos frecuentes y esa cara especial que revela la ansiedad y el sufrimiento, hacian considerar el caso de suma gravedad, y la desocupacion inmediata del útero como lo único que podria salvar á la enferma.

Inspeccion del vientre y órganos genitales externos—El abdómen muy voluminoso, sin ser ocupado todo por el útero grávido, pues la percusion daba arriba y á los lados, en una gran extension, sobre todo al izquierdo, un sonido timpánico de alta tonalidad, el útero situado exactamente en la línea media (lo que es raro porque su inclinacion es lo general, mas á la derecha que á la izquierda), alcanzando su fondo hasta la apófisis sifoides del esternon, lo que es tambien poco comun.

Se trataba de un parto de vértice.

La vulva era el sitio de alteraciones importantes, causadas unas por las falsas maniobras intentadas en el público y las otras por los trastornos consiguientes á la circulacion dificul-

tada durante el largo tiempo del trabajo. Los grandes lábios, de una coloracion rojiza azulada, encontrábanse triplicados de volúmen, con escoriaciones muy notables, sobre todo en la parte interna, sangrando con la mayor facilidad, como tambien los pequeños completamente ocultos debajo de aquellos. Lo demás de la vulva no ofrecia mas de notable que equímosis superficiales y diseminadas.

Reconocer á simple vista mas allá de la vulva era imposible, porque todo el miembro uperior izquierdo del feto ocupaba el canal vaginal, encontrándose afuera la mano y parte del antebrazo engrosadas y de una coloracion violeta.

Palpacion—Era imposible en el presente caso aprovechar este precioso recurso de la obstetricia, porque la tension permanente del útero y lo doloroso de la exploracion hacíanla impracticable, obligándonos á apelar á otro medio no menos importante y que le complementa.

Tacto vaginal—Llevando el índice derecho á lo largo del miembro procidente, encontramos un tumor voluminoso, pero desigual y de consistencia variable, que al principio sospechamos fuera el vértice, despues el hombro izquierdo, en atencion al miembro que salia fuera de la vulva; pero bien pronto cambiamos de opinion, porque hallamos una cavidad que por su extension, forma, dureza, etc., reconocimos en ella la boca, cuya creencia la corroboramos luego, al tocar el menton, la nariz, ojos, etc. No satisfechos todavia con esto y para asegurarnos mas de aquella presentacion, temiendo fuera de hombro, buscamos la cabeza en una de las fosas ilíacas, sin lograr encontrarla. A muchos le parecerá un contrasentido que encontrando con el tacto la boca, reconociendo los ojos, el menton y todos los signos de la cara, investigásemos el céfalo en otro sitio. Pero el que reflexione un momento sobre los elementos del juicio y su formacion, se convencerá que éste se adelanta muchas veces á los sentidos, los anula y se impone con las ideas de antemano preconcebidas.

Antes de proceder era necesario reconocer la posicion, volúmen de la cabeza, conformacion de la pelvis y otros detalles, para saber qué procedimiento operatorio usar.

Por los antecedentes sabíamos que nuestra enferma era una multípara, con cuatro partos anteriores y á término, siendo

todos felices, lo que agregado al exámen por el tacto hizo que la idea de una pelvis anómala fuera desechada.

En cuanto á un hidrocéfalo ó tumor (muy raro), la exploracion daba signos negativos.

La posicion se diagnosticó: D. P. de cara con procidencia del miembro superior izquierdo.

Con estos datos se procedió á la operacion, con el forceps, que era en el presente caso el instrumento de prueba, si se puede llamar así.

La tarea á ejecutarse fué confiada al Sr. Rivas, practicante en servicio de guardia en el dia, quien logró reducir con poco trabajo el brazo, como tambien colocar la rama izquierda del forceps, yendo la cuchara á tomar el parietal derecho del niño cerca de la sutura lamdoidea. Una vez fijada aquella rama por un ayudante, la colocacion de la derecha se hizo despues de algunas tentativas, porque,—y esto es necesario tener presente,—las maniobras antes citadas, consistentes las mas en intensas tracciones, sobre todo del brazo, habian colocado la cabeza en posicion que no correspondia á los diámetros de la pelvis y lo que es peor todavia, el menton encima de la sínfisis sacroiliaca derecha, en un plano superior al resto de la cabeza encajada y fija, contribuyendo á dificultar mas la operacion.

Cuando se logró aplicar aquella rama, sirviendo de palanca á su vez para movilizar la cabeza, su acomodacion definitiva se hizo pronto, y una regular traccion bastó para extraer el feto.

Está demás decir que sin la reduccion del brazo, las maniobras hubieran sido imposibles, mas aún si se considera que aquel habia sido violentamente tirado, sirviendo á la extremidad cefálica poco libre ya, de poderosa cuña.

Despues de concluir aquella parte de la operacion, para dejar en reposo completo á la enferma, temiendo una hemorragia, se hizo la extraccion artificial de la placenta con la mano.

Feto—Las dimensiones y peso del feto fueron las siguientes:

Longitud { Del occipital á los talones $0^{m},52$.
» » al ombligo 0,28

Peso 3,300 gramos.

Diámetros de la cabeza.

O F=13
O M=13 1/2
S 0 B=10 1/2
B P=10

Hacemos notar los principales diámetros del feto para demostrar que la dificultad del parto no ha residido en la exageracion de ellos, sino que las causas han sido muy distintas. Aunque veamos aumentado sus diámetros ántero-posteriores, esto depende mucho en las presentaciones de cara y cuando se los mide inmediatamente al nacimiento, de las partes blandas que se forman durante el trabajo. En cuanto al exceso sobre los diámetros normales formados por las partes duras, las experiencias á menudo repetidas han probado el acortamiento de que son susceptibles de alcanzar al pasar por la escavacion pelviana.

El exámen del feto, muerto hacia muchas horas, nos reveló el signo por el cual hemos formado el juicio, que al final reasumiremos. Los medios de union de la articulacion escápulo-humeral ó estaban rotos ó su estiramiento era tal que la cabeza del húmero se encontraba fuera de la cavidad glenoide, y con poco esfuerzo se hacia girar el brazo hasta tres veces sobre su eje longitudinal.

En el parto espontáneo y en un feto á término es difícil pensar en la produccion de accidente semejante, y mas cuando como en el presente caso el trabajo recien comenzaba. Lo único lógico concebir es la fuerza llevada sobre el miembro mas allá del término de resistencia.

Los parteros modernos están muy lejos de pensar como Mme. Lachapelle que los partos de cara, sobre todo en las posiciones posteriores son tan fáciles como los de vértice; pero no los temen tampoco, puesto que existen muchos medios para facilitarlos.

Sin embargo, nadie debe ignorar el consejo de Depaul: «Cuando seais llamado á un parto en que otros médicos han hecho sus tentativas, rehusad y contestad que todo marcha bien, que continúen...»

Resumiendo, diremos:

Que considerando la pelvis bien desarrollada en la mu-

jer y el volúmen normal de la cabeza del feto, no habia causas suficientes de distocia.

Que si en las posiciones posteriores el trabajo es generalmente largo y algunas veces difícil el parto espontáneo, lo general es que previendo con tiempo, se lo facilita.

Y finalmente, que una maniobra falsa ha retardado y dificultado considerablemente el trabajo, esponiendo á la mujer á sérios peligros, y quizá producido la muerte del feto, en el caso presente.

Tal ha sido la historia de nuestra paciente desde el principio de su enfermedad hasta que fué operada en la maternidad, y tales son las conclusiones á que hemos llegado despues del análisis de sus hechos mas salientes, excluyendo en lo posible, y razonablemente, lo que pudiera servir de base á otra clase de hipótesis, para explicarnos su completa y verídica historia.

Habiendo pasado el peligro que para la vida de la enferma se temia en los primeros momentos, el tratamiento antiséptico local, consistente en inyecciones uterinas de sublimado al 1/1000, fué aplicado con todo rigor. Así creemos se haya conjurado una segura infeccion, dados los antecedentes de lo qué se hizo en el público, como de lo efectuado en este hospital.

Algunos síntomas de peritonitis traumática que sobrevinieron al segundo dia, se disiparon felizmente con aplicaciones de hielo y con ópio á altas dósis.

La fiebre solo vino despues de pasada la inflamacion peritoneal, coincidiendo con la formacion de un abceso periuterino, que por suerte se abrió en la vajina. Ahora el pus aunque disminuye mucho, continúa saliendo aún.

Y por fin, la presencia de abundantes materias fecales en la vajina hizo pensar en una fístula recto-vajinal, pero que habiendo ya desaparecido completamente solo se espera la total desaparicion del pus del abceso periuterino que marcha hácia la curacion, para que la salud de la enferma se restablezca y sea dada de alta de las salas de la Maternidad.

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA GENERAL

Profesor, Dr. R. Wernicke

Protozoarios patógenos

Nos ocuparemos de los protozoarios considerados como agentes morbígenos.

Hoy que todos los del gremio deben entender y ocuparse de microbiología es sensible que la mayoria de ellos solo se ocupe de los micro-organismos vegetales, siendo casi seguro que el estudio detenido de los infinitamente pequeños del reino animal nos convenceria del gran rol que juegan, rol morbígeno mucho mas importante que el que hoy se les atribuye debido á nuestra ignorancia.

Apenas pasan de media docena los protozoarios parásitos humanos que consideran los textos especiales, y de esas pocas especies apenas una se ha estudiado con alguna detencion.

Pocas son las enfermedades humanas producidas por protozoarios hoy conocidos; sin embargo, creo poder asegurar que su número va á crecer considerablemente en un plazo mas ó menos largo y con mas ó menos rapidez, á medida que en ellos se fije la atencion y á medida que vayan perfeccionándose nuestros procedimientos de investigacion, y los conocimientos que la patología comparada nos suministra.

Muchos mamíferos, muchas aves, muchísimos peces y un sinnúmero de invertebrados de todos los grupos, son perseguidos por epidemias mortíferas causadas por protozoarios.

Los protozoarios que conocemos como parásitos del hombre son: amibas, gregarinas é infusorios.

Entre las amibas parasitarias debemos colocar probablemente al causante del chucho, ó la fiebre intermitente, ó mala-

ria, ó infeccion palúdica, plaga que reina en muchos distritos de nuestro país, como sabeis, difícil de esterminar, pero por suerte accesible á nuestra mano terapéutica, accesibilidad que generalmente nos permite dominarla en el individuo.

Es indudalbe que *Laveran* fué quien por primera vez vió al causante de la fiebre intermitente—si no me equivoco en el año de 1880. Su descubrimiento no llamó mayormente la atencion, primero porque se hizo en pleno período de furor bacteriológico y sus micro-organismos en nada se parecian á esquizomicetas, y segundo, porque sus comunicaciones no permitian hacer una filiacion ó determinacion exacta del parásito hallado, parásito que parecia gozar de un polimorfismo que burlaba á todo esfuerzo de clasificacion.

Los trabajos de Laveran fueron hechos en las posesiones francesas de Africa; probablemente carecia el investigador de los elementos de observacion y de la práctica que alcanzaron los que le sucedieron.

Siguieron á Laveran y completaron sus observaciones una série de italianos, *Marchiafava*, *Celli*, *Golgi* y otros, y el americano *Councilman*. Llegamos hasta el punto de poder decir hoy que conocemos bastante bien el desarrollo y la evolucion del gérmen malárico dentro del cuerpo humano; nada sabemos, empero, sobre sus hábitos y necesidades fuera del cuerpo del hombre; posible es que se trate de un parásito facultativo en general, ó facultativo solo para el hombre y algunos otros mamiferos, siendo obligatorio el parasitismo en otros animales de escala inferior. No puede asegurarse que el *plasmodium malariae* (nombre de guerra del protozoario), no pueda vivir en estado libre en agua estancada ó sustancia orgánica en descomposicion.

El *plasmodium malariae* ha sido observado en el hombre; algunos monos que suelen sufrir del chucho deben albergarlo igualmente. Vive en la sangre y mas especialmente en los corpúsculos sanguíneos rojos; segun que se examina la sangre antes, durante, al fin, ó despues del ataque, varía su forma.

Sobre algunos detalles de su segmentacion existen disidencias entre los autores.

No entraremos á discutir estos detalles; basta para vosotros

tener una idea general sobre la evolucion y conocer los hechos verdaderamente fuera de discusion;—no me ocuparé de establecer las diferencias que puede ser existan entre los causantes de la *quartana* y de la *terciana*.

En mi exposicion me atengo á las publicaciones cuyos autores he nombrado. Hace años que no he visto entre nosotros casos de intermitente en condiciones de poder servir para controlar los datos que los autores nos trasmiten.

Si se examina la sangre de un atacado de malaria que no haya sufrido tratamiento por quinina en estado fresco, en capa delgada, ó mejor aún, si se observan corpúsculos sanguíneos rojos adheridos en una sola capa á un cubreobjeto, que despues de haber sido cubierto con sangre ha sido calentado, teñido con azul de metilo, deshidratado y montado en bálsamo del Canadá ó resina damar, pueden verse los plasmodium dentro de los hematias.

Las formas mas pequeñas se ven en los corpúsculos sanguíneos rojos en la apirexia y se hallan constituidas por un grumito protoplasmático de mas ó menos una milésima de milímetro de diámetro. En la sangre fresca pueden observarse movimientos del grumito que estira y recoje seudopodios; se halla dotado de movimientos amiboideos. (Fig. 1).

Mas adelante esos grumitos van creciendo, llegando poco á poco á adquirir dimensiones poco inferiores á las del corpúsculo que los encierra y su forma acercándose á la esférica. A medida que los plasmodium crecen, disminuye la coloracion de los corpúsculos sanguíneos invadidos, desaparece la hemoglobina.

En los plasmodium empiezan á aparecer partículas de pigmento oscuro en forma de granitos irregulares, ó agujitas sumamente delgadas; se hallan las partículas de pigmento repartidas en todo el cuerpo del parásito. (Fig. 2, 3, 4 y 5).

En un período mas avanzado del desarrollo, ya en el ataque de fiebre (segun algunos), empiezan á agruparse los pedacitos de pigmento en el centro del protozoario. (Fig. 6).

Hácese luego mas marcada la concentracion de los granos oscuros y empiezan á manifestarse los primeros indicios de una segmentacion; el cuerpo encerrado en el corpúsculo sanguíneo, informe al principio, poco á poco adopta una figura que puede compararse á una flor. (Fig. 7 y 8).

Finalmente, cuando va á terminar el ataque se produce la desmembracion de la flor; se ha destruido el corpúsculo sanguíneo rojo, se separan los fragmentos del protozoario y queda en el centro de los cuerpos que se separan el pigmento encerrado en un poco de protoplasma ó en libertad en el líquido sanguíneo. (Fig. 9).

Los corpusculitos ovoideos que resultan de la desmembracion de las florecitas solo circulan por poco tiempo en la sangre en estado libre; pronto busca cada uno de ellos un corpúsculo sanguíneo rojo en el cual se aloja, y se presenta allí al observador como *plasmodium* en su primer período de invasion ó desarrollo.

El pigmento que queda como resto del primitivo *plasmodium*, es el que en casos graves produce la melanemia.

Cualquiera de vosotros que recuerde el desarrollo de ciertas amibas, que se le expusiera cuando estudió zoología, habrá notado la analogía en la evolucion de éstas con el *plasmodium malariae*.

El *plasmodium malariae* probablemente penetra al cuerpo humano con el alimento ó la bebida. No podemos decir como hace para pasar del tuvo digestivo al árbol circulatorio; es probable que leucocitos le sirvan de vehículo.

Laveran, como ya lo he dicho, describió, pero de una manera imperfecta, los hematozoarios que el observára; dió poca importancia á lo que hoy llamamos *plasmodium*, atribuyó en cambio gran importancia á dos otros elementos que le llamaron la atencion. Estos fueron:

1º Los corpúsculos semilunares que vió una vez ensartando á corpúsculos sanguíneos rojos, otros adheridos á los mismos ó en libertad suspendidas en el plasma. Los cuerpos semilunares los vió solo en casos crónicos y graves. Parece que no tienen nada que ver con el *plasmodium* y se ha adoptado un nombre especial para separarlos de él, es decir, el de *laverania*. Los estudios que mas adelante se hagan nos mostrarán qué rol desempeñan. (Fig. 10).

Los corpúsculos con flagelos que Laveran describió parecen estar mas ligados al *plasmodium*, aunque hasta la fecha no es posible ásignarles un lugar cómodo. Cabe en el desarrollo de algunas amibas un período de organismos flagelados; pero

seria necesario que fueran mas abundantes esos cuerpos para poderlos considerar como descendientes regulares del *plasmodium*. (Fg. 11).

Los flagelos de los cuerpos pueden desprenderse y se les suele ver sueltos moviéndose en el plasma, donde se hacen notar por las corrientes de líquido que causan. (Fig. 12).

Sus formas y dimensiones hicieron que pudiera considerárseles por algun tiempo como esquizomicetas ó algas.

Sobre el detalle de accion del *plasmodium malariae* nada sabemos; no sabemos decir cómo se produce el ataque, no sabemos decir porqué empieza con chucho y acaba con sudores. Lo único que nos parece mas esplicable que antes es la *periodicidad*; estando ligada la enfermedad al desarrollo de un organismo, siendo sensiblemente igual para cada generacion el período de tiempo que para evolucionar requiere, los ataques y los períodos de los ataques pueden ó deben coincidir con ciertos y determinados períodos de evolucion. Puede ser que intervengan además como agentes mórbidos productos de escrecion de los *plasmodium*.

Otra amiba que habita el cuerpo humano parece ser la productora de ciertas formas de disenteria; la *amoeba coli* ha sido hallada varias veces en el intestino grueso del hombre.

Se presenta la amiba del colon en forma de grumos protoplasmáticos 6 á 10 veces mas grandes que los leucocitos, con un núcleo redondo y dotados de movimientos.

Dicen los que las han visto que son muy fácil de observarse haciéndose notar por sus movimientos de locomocion que ejecutan estirando seudopodios. (Fig. 13).

En el intestino grueso de las ranas es frecuente hallar amibas que parecen no molestar mayormente á sus huéspedes.

Las gregarinas que llevan su nombre por vivir en colonias formando rebaños ó majadas como pretendieron sus primeros descriptores, se hallan representadas entre los parásitos humanos por dos ó tres especies.

En las fibras musculares del hombre, mas frecuentemente en las del cerdo, viven en grupos unos protozoarios que describieron al mismo tiempo *Rayney* y *Miescher;* para no ser injustos les llamaremos *cilindros de Rayney-Miescher*.

Se presentan en forma de rayitas blancas ó amarillentas, visibles á simple vista; tienen el grueso de una fibra muscular y un cuarto á un milímetro de largo. (Fig. 14).

El exámen microscópico permite reconocer que esos cilindros se hallan constituidos de una membrana bastante gruesa, con estrias ó poros, membrana que encierra un sinnúmero de corpusculitos esféricos, que á su vez contienen varios cuerpos de forma de bastoncillos encorvados ó parecidos á una hoz; *falciformes*, segun los autores. (Fig. 15).

Puestos en libertad los corpusculitos esféricos pueden ellos ser ingeridos por el hombre; en su aparato digestivo se destruye la capsulita y quedan en condiciones de poder trasladarse á la musculatura los cuerpos falciformes. Una vez en la fibra muscular debe transformarse el cuerpo falciforme creciendo, rodeándose de membrana y segmentándose en cilindro de Rayney-Miescher.

Los detalles del desarrollo y migracion todavia están por averiguarse.

Se ha hablado y escrito bastante últimamente sobre ciertos cuerpos extraños por su forma y localizacion dentro de células epiteliales, que debian observarse en ciertos cánceres del seno humano.

Se creyó hallada la causa del cáncer; para nosotros solo será probable que conocemos al causante de una cierta y determinada forma de cáncer ó epitelioma.

Darier vió en las células epiteliales de una forma especial de cáncer del seno, cuyas primeras manifestaciones son una

especie de eczema del pezon y la areola, cuerpos redondos rodeados de una membrana refringente y que él clasificó de gregarinas ó esporozoarios. (Fig. 16).

Poseo en mi coleccion una pieza de cáncer del seno que contiene bastantes células que encierran cuerpos parecidos á los que describió el año próximo pasado el *Dr. Darier*. La impresion que me causó el estudio de ese tumor me inclina á aceptar la posibilidad de ser esos cuerpos redondos efectivamente protozoarios, parasitarios y productores de la neoplasia.

Para declararme definitiva y terminantemente á favor de Darier me falta mayor número de observaciones.

Un solo caso no basta para convencerme.

Cuando en el año de 1884 emprendí prácticamente estudios de patología comparada, tropecé con una enfermedad del hígado que reinaba en forma de endemia en las conejeras de un criadero vecino de la Chacarita.

Los hígados de esos conejos se hallaban minados por infinitos canales flexuosos y sinuosos que formaban una tupida red, y se hallaban esos canales llenos de una sustancia que parecia ser pus.

Examinado microscópicamente ese líquido de apariencia purulenta pudimos comprobar que era un pus lleno de células epiteliales y de cuerpos ovoideos, de cáscara transparente y frágil, que encerraba una masa protoplasmática granulosa con núcleo en el centro. (Fig. 19).

Como muchos que en Europa me precedieron en la observacion, creí que se trataba de huevos de algun vérmes, probablemente algun distoma. Observaciones mas prolijas y ensayos tendentes á provocar el desarrollo de los huevos me probaron que habia incurrido en un error; lo que habia yo tomado por huevos eran gregarinas.

Me convencí que tenia que habérmelas con el protozoario parasitario descrito bajo el nombre de *coccidium oviforme*.

El *coccidium oviforme* ha sido observado varias veces en el hombre, localizado en el hígado, ó mas correctamente dicho, en los canales biliarios del hombre.

Ya he mencionado cuales son los estragos que nuestro coccidium puede producir; veamos ahora cómo se desarrolla.

Las primeras épocas de su vida las pasan los *coccidium oviformes* en el interior de las células epiteliales de los canalículos biliares; estas células se deforman, se disloca su núcleo y suelen presentarse células parecidas á las llamadas en cubilete. (Fig. 17).

El parásito intracelular tiene todo el aspecto de una amiba; cuando ha completado su desarrollo ha acabado con la célula que lo albergara y queda en libertad. (Fig. 18).

Poco despues de adquirir su libertad se rodea el invasor de una capa quitinosa oviforme; de ahí el nombre. (Fig. 19).

Encerrado en la cápsula oviforme es espulsado el parásito del hígado, y con las materias fecales del cuerpo.

Saliendo del cuerpo del huésped empieza el desarrollo ulterior, si es que se halla en las condiciones convenientes de calor y humedad; la masa protoplasmática se divide primero en dos y luego en cuatro células, cada una con su núcleo. (Fig. 20 y 21).

Si examinamos los coccidium que guardamos en agua (ó húmedos), varios dias mas tarde vemos que en vez de las cuatro células encierra cada cápsula cuatro cuerpitos ovoideos con cáscara propia, y vemos en cada cáscara un cuerpo en forma de halterio (peso de hacer gimnástica) al lado de un grumito de protoplasma. (Fig. 22).

Cada halterio se halla formado por dos cuerpos en forma de hoz (falciformes).

Los cuerpos falciformes ingeridos con ó sin la cápsula que los rodea se deben transformar en nuevos coccidios que van á instalarse en células epiteliales de canalículos biliares.

El camino que las gregarinas ó coccidium siguen para llegar al estómago y de éste al hígado, es fácil de adivinar: se ingieren en los alimentos, del estómago irán al duodeno y de este al través del conducto coledoco, á las pequeñas ramificaciones del canal hepático.

Han sido observadas colonias ó rebaños de gregarinas que viven sobre el pelo humano; no faltó quien les confiriera un rol patógeno importantísimo, fabricando especialmente *ad-hoc* una mas que extraña, disparatada teoria, sobre las enfermedades infecciosas.

Parece posible que las viruelas, la vacuna, la tos convulsa y algunas neoplasias parecidas á los sarcomas sean producidas por la invasion de un microorganismo parecido á las gregarinas.

Rara es la oveja que no muestra entre las fibras musculares de su farinje y esófago colonias de gregarinas; las lauchas y otros pequeños roedores suelen ser invadidas por gregarinas que se establecen en las células epiteliales, que revisten el tubo intestinal y que provocan una enteritis mas ó menos fuerte y muchas veces mortal; en las branquias de la lisa y de varios otros peces, he hallado infinitos tumorcitos formados por coccidium de diferente clase.

En los testículos de la lombriz de tierra pululan á veces por millares gregarinas en forma de cuerpos naviculares (formas de huso). Viviendo en los testículos se les confundió (á mí me ha sucedido) con espermatozoarios, espermatozoarios enfermos; de esto les viene el nombre de *prorospermia* á las gregarinas.

En la cresta de las gallinas puede observarse una erupcion provocada por la presencia de gregarinas en la epidermis. Afecciones análogas se han visto en las patas de las mismas.

Reasumiendo creo poder decir que: visto el rol patogénico que juegan las gregarinas en los diferentes grupos de animales, no me parece improbable que algun dia desempeñen un papel importante en la nosología humana.

Hánse observado muchas veces varias especies de infusorios que viven como parásitos en el interior del cuerpo humano.

De estos infusorios el mas grande es el *balantidium coli;* huésped casi regular en el intestino de los cerdos de ciertos países europeos.

Es el balantidium un animal de forma ovoidea, cubierto de pestañas que le sirven de defensa y para su locomocion; en un punto de su superficie muestra su membrana envoltora una especie de perforacion al través de la cual penetran en su cuerpo protoplasmático los grumos de alimento que ingiere; un núcleo alargado con un nucleolo y una vacuola pulsatil constituyen toda su organizacion interna. (Fig. 23).

Los balantidium son algo mas grandes que los leucocitos.

Unos pocos de estos invasores es probable que no dañen; varios millones deben poder hacerse sentir.

Nada se sabe sobre su orígen, su desarrollo, su propagacion, á no ser que como todos los infusorios deben para reproducirse conjugarse, fusionarse con un congénere, que se pueden hallar parásitos enquistados en las deyecciones de cerdos infestados.

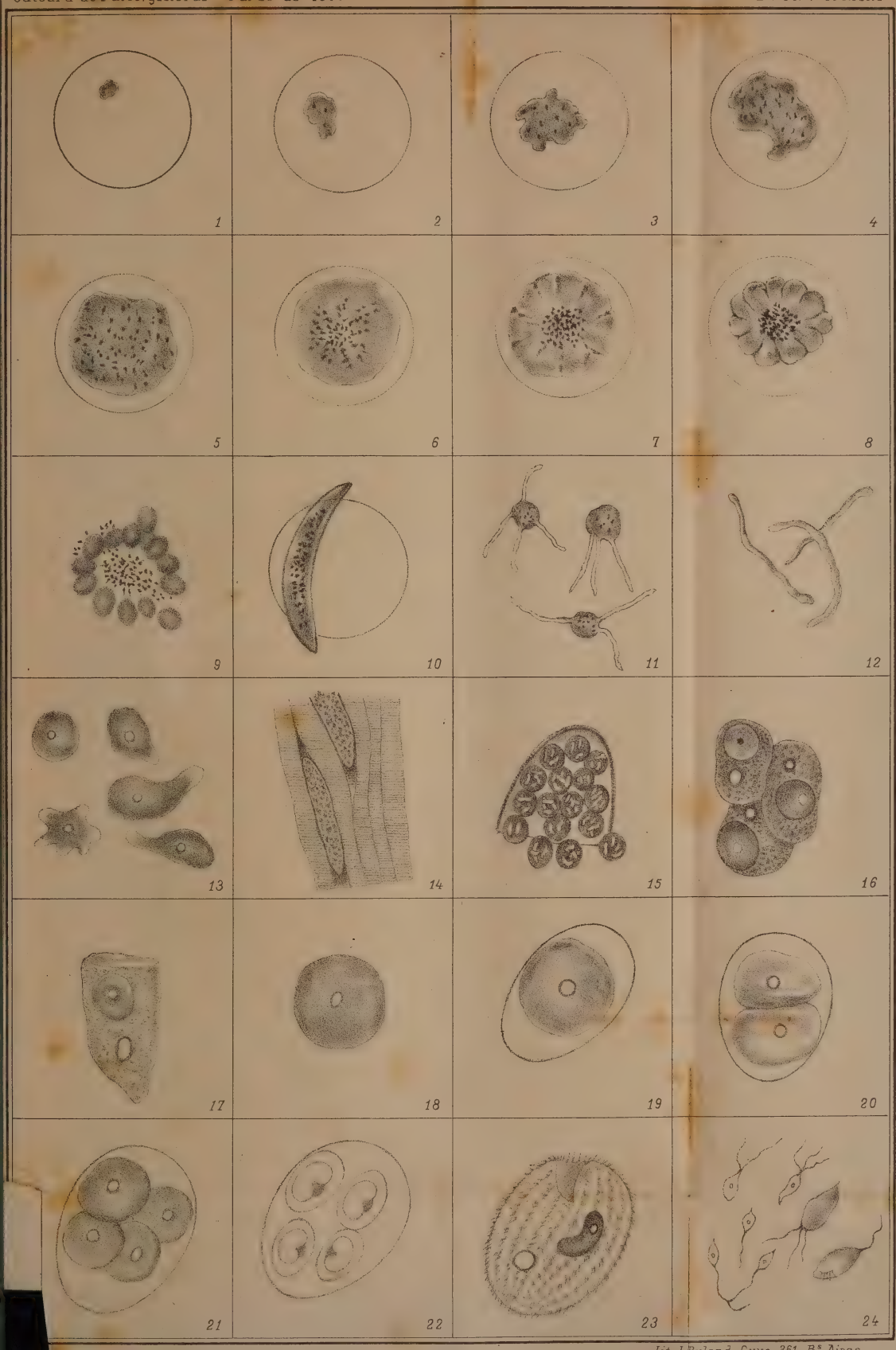
En el intestino humano se han observado infusorios flagelados que se representan en la figura 24, conocidos con el nombre de *trichomonas* y *cercomonas* intestinales; de éstos los que mas se asemejan á espermatozoarios son los que se llaman cercomonas.

El *trichomonas vaginalis* (Fig. 24) es parecido al intestinalis, mas grande que los cercomonas y tiene en una parte del cuerpo una especie de membrana con 4 á 6 pestañas vibrátiles. En algunos puntos de Europa mas del 20 % de las mujeres albergan en la vagina á este visitante inofensivo. No sabré decir con qué frecuencia se le observa entre nosotros; una vez me fué posible asegurar que una gota de orina de orígen para mí desconocido que examinaba con el microscópio debia ser de mujer; deduciendo yo este dato del hecho de haber observado en ella ejemplares del trichomonas vaginal.

Sobre los géneros *Monas, Bodo* y otros que han sido vistos alguna vez como parásitos humanos, nada diré en detalle; bás-

PROTOZOARIOS PATOGENOS

Catedra de Patol. general – Curso de 1890 — Dr. R. Wernicke



Lit. J. Ruland. Cuyo. 361. Bs. Aires

teme citar dos nombres y recordar una vez más, aún arriesgando provocar fastidio, que el estudio de los protozoarios no debemos dejarlo de mano.

EXPLICACION DE LA LÁMINA

Fig. 1 á 9—Evolucion del *plasmodium malaræ*.

1—Aparicion del corpúsculo protoplasmático en un corpúsculo sanguíneo rojo—*Aumento cerca de 3000.*

2—Ha crecido algo el *plasmodium*; aparecen los primeros grumitos de pigmento.

3 y 4—Formas de amiba mas caracterizadas; mayor número de granos y barritas de pigmento.

5—Va ocupando el *plasmodium* casi todo el corpúsculo sanguíneo; el pigmento repartido en todo el cuerpo.

6—Se ve que los granos de pigmento se agrupan hácia el centro.

7—Empieza á notarse el primer vestigio de la segmentacion.

8—Segmentacion del *plasmodium*, claramente indicada; flor.

9—Se separan los segmentos; los contornos del corpúsculo que encerraba al *plasmodium* han ido perdiéndose; ya no existen. En el centro el pigmento libre.

Fig. 10—Un corpúsculo rojo ensartado por una media luna de las descritas por Laveran.

Fig. 11—Cuerpo flagelado descrito por Laveran.

Fig. 12—Fagelos libres, como los vió Laveran.

Fig. 13—Amibas del colon. *Aumento cerca de 700.*

Fig. 14—Cilindro de Raynoy-Mies.her en el tejido muscular-*Aumento cerca de 250.*

Fig. 15—Extremidad de uno de los cilindros de la figura anterior; se ven los corpúsculos redondos con los cuerpos falciformes dentro.

Fig. 16—Células de un cáncer de la mama encerrando cuerpos refringentes como los vió Darier. *Aumento cerca de 500.*

Fig. 17—Célula epitelial encerrando un coccidium jóven; se ve el núcleo dislocado. *Aumento cerca de 600.*

Fig. 18 á 22—Evolucion del *coccidium oviforme. Aumento cerca de 400.*

18—Coccidium libre, forma amiboidea.

19—Se ha formado la cáscara oviforme.

20—Primera segmentacion.

21—Segunda segmentacion.

22—La cápsula primitiva encierra cuatro corpúsculos con halterios en el interior.

Fig. 23—*Balantidium coli. Aumento cerca de* 1.600.

Fig. 24—Trichomonas y cercomonas. *Aumento cerca de 500.*

EL CLORALAMIDO

(Nuevo hipnótico)

(Traduccion del señor Diego Gibson)

En «The Lancet» de Febrero 15 del corriente año, publica el Dr. Straham, médico del asilo de dementes de Northampton, los resultados obtenidos en numerosos experimentos con el Cloralamido, de la manera siguiente:

De todos los somníferos descubiertos en los últimos años, puedo asegurar que ninguno produce sueño tan tranquilo y al mismo tiempo inócuo y agradable como el cloralamido.

He administrado esta sustancia en mas de 200 casos, pudiendo observar que sus efectos son iguales á los del cloral, sin la accion deprimente que ejerce esta última sobre el corazon, lo que hace su uso tan peligroso en ciertos casos y aún imposible en otros.

Con dosis de 2 á 3 gramos de cloralamido he obtenido el sueño en casi todos los casos, aún en aquellos de excitacion maniacal extrema; y en las raras excepciones en que el sueño no se produjo, no trajo consigo excitaciones.

Con dosis de 4 gramos jamás dejó de producir efecto, aún en casos difíciles, como por ejemplo, ataque de mania sub-aguda, y en la excitacion é inquietud dejada por un acceso de epilepsia.

Con estas dosis se obtienen 5 ó 6 horas de sueño tranquilo, sin ser pesado, como lo demuestra el hecho de que al paciente se le podia despertar en cualquier momento y hacerle preguntas, á las cuales contestaba razonablemente.

Por lo general el sueño se produce de 1 á 2 horas despues de tomar el medicamento: hubo algunos casos en que solo tardó 20 minutos, y en otros hasta 3 horas despues. Solo en dos llegué á notar pesadez y somnolencia al dia siguiente, como tambien en otros varios observé que á la noche siguiente el paciente dormia perfectamente sin necesidad de cloralamido.

Segun mis experiencias, puedo asegurar que este hipnótico no afecta el pulso, la respiracion, ni la temperatura del enfermo; no he oído á ninguno quejarse de dolor de cabeza al despertar, como tampoco la presencia de los desagradables síntomas de ataxia tan frecuentes despues del uso del sulfonal.

El apetito no sufre alteracion alguna: aún mas, puedo citar tres casos de melancolía en que los pacientes aumentaron de peso y mejoraron físicamente de un modo notable; esto indudablemente era debido al reposo moral y corporal; sin embargo sirve para demostrar, que el cloralamido no produce desórdenes gástricos.

En un caso de parálisis general en su último estado, con solo dos gramos se obtuvieron cortos períodos de sueño acompañados de calma, siendo de notar que la primera dosis fué suficiente para hacer cesar el hipo, que habia durado 36 horas; síntoma muy comun en casos semejantes.

Otro caso: dismenorera aguda en una persona cuerda, una dosis de 2 gramos disminuyó sensiblemente el dolor, produciendo un sueño liviano, solo interrumpido á veces por las exacerbaciones del dolor; en las noches subsiguientes se aumentó la dosis á 3 gramos, consiguiendo de 8 á 11 horas de sueño tranquilo y no interrumpido.

Otro caso: neuralgia facial, acompañada de la menstruacion; la paciente tambien es cuerda; una dosis de 3 gramos mitigó el dolor consiguiendo una buena noche de reposo.

Esto podria hacernos ver en el cloralamido un alivia-dolor al mismo tiempo que un hipnótico, pero soy de opinion que son necesarias mayores experiencias antes de asegurar nada con respecto á sus propiedades anagélsicas.

Como se podrá ver por las notas que sobre algunos casos he apuntado mas abajo, he obtenido, sobre raras excepciones, el resultado mas favorable en casi la totalidad de ellos.

Así pues, el caso 10 de un maniático crónico, es tal vez el único en que una dosis de 4 gramos no produjo efecto, y aún en este caso, si excluimos el elemento mental, resistiria las experiencias de Hogan y Hufler, quienes aseguran que el cloralamido es frecuentemente de poco ó ningun uso en el insomnio de la tísis.

Algo que viene á apoyar favorablemente la nueva droga, es que en aquellos casos en que no produjo el sueño, calmó al paciente, trayéndole quietud y tranquilidad, salvo los de locura, en que nunca redujo la excitacion hasta mas de dos horas despues de haber desaparecido el sueño.

En dos casos de manía recurrente pareció cortar por completo el período maniático, pero naturalmente es imposible sentar esto como principio.

La falta de efecto calmante prolongado del cloralamido, pudo constatarse en un epiléptico (caso Nº. 6), en el que como hipnótico actuó perfectamente bien, mas la excitacion volvió pocas horas despues de despertar. A pesar de esto, en otros dos epilépticos en los que no habia mas que insomnio é inquietud, produjo calma y reposo al dia siguiente de su uso.

En los casos de melancolía en que fué administrado pareció ejercer un efecto calmante sobre los síntomas mentales, una vez desaparecidos los efectos hipnóticos, disminuyendo la inquietud.

El resultado de mis observaciones puede, pues, concretarse del modo siguiente:

1º Considero el cloralamido como un hipnótico muy eficaz.

2º Parece no tener ningun efecto depresivo sobre el corazon.

3º La dosis es de 2 á 4 gramos, pudiendo dar hasta 5 gramos con toda seguridad.

4º Debe ser administrado una hora ú hora y media antes del tiempo en que se desee producir el sueño.

5º Su accion tarda algunas veces 2 ó 3 horas, aún en aquellos casos en que se produce luego sueño prolongado.

6º Su uso no trae síntomas de ataxia, ni dolores de cabeza.

7º No ataca el sistema digestivo.

8º Es un hipnótico útil y seguro y puede ser administrado á paralíticos, cualquiera que sea su estado.

Tomamos de entre los numerosos casos que publica el Dr. Straham, los siguientes por creerlos de mayor interés:

Caso núm. 1—Hombre, epiléptico de 34 años de edad, con neumonía.—Inquietud é insomnio dia y noche.—Una dosis de 1 gramo produjo á los 40 minutos un sueño que duró 15 minutos. A las 9 p. m. se le dieron 2 gramos; durmió desde las 9 hasta las 6.30 a. m. La misma dosis se repitió por tres noches consecutivas con el mismo buen resultado.—La excitacion desapareció. La lengua limpia y el apetito mejorado.—Se restableció.

Caso núm. 2—Hombre, loco, epiléptico, 74 años, húmero fracturado. Insomnio é inquietud, pretendió arrancarse las vendas etc; está tomando paraldehida en dosis de 4 gramos con regular resultado.—Se le administra el cloralamido en dosis de 2 gramos y se continúa por doce noches consecutivas sin una sola mala noche, ni dia inquieto; no ha sido establecida señal ninguna de tolerancia.—Restablecido.

Caso núm. 23—Mujer, cuerda, edad 19 años.—Neuralgia facial.—Menstruando, 2 gramos de cloralamido le fueron administrados á la hora de acostarse, aliviando el dolor y procurándole una noche de reposo.—La neuralgia desapareció por completo.

BIBLIOGRAFIA

Las causas de la difteria, por Diego T. R. Davison, doctor en medicina de la Universidad de Edimburgo, ex-médico interno del Hospital Real de Edimburgo, ex-primer médico interno del Hospital Real del Sud de Liverpool, ex-médico interno del hospital de Wresham.—153 páginas.—Buenos Aires, establecimiento tipográfico *El Censor*, Corrientes 829.

El Dr. Davison, médico argentino graduado en Edimburgo y Buenos Aires, con una buena foja de servicios en favor de los intereses higiénicos de esta ciudad, ha publicado esta importante obra en la que compendia los resultados de cuatro años y medio de observaciones practicadas entre nosotros, sobre el tratamiento de la difteria.

El Dr. Davison estudia en 11 capítulos los siguientes puntos: las causas en general, la humedad del suelo, los animales, abonos de la tierra, la leche infectada, el agua infectada, cloacas defectuosas, escuelas y velorios, dolores de garganta, tratamiento de la difteria por medio de las sales solubles de mercurio, cuadro de estadística.

Con erudicion y gran cantidad de datos históricos se contrae el autor á demostrar la influencia de todos aquellos agentes en la produccion de la difteria, citando numerosos casos de respetables maestros, en apoyo de sus ideas.

En el capítulo destinado al tratamiento, el Dr. Davison demuestra las ventajas del bicloruro y del cianuro de mercurio, sobre todo del primero, en casos de difteria. La base del tratamiento es el mercurio. Observaciones de Suecia y Norte América prueban la utilidad de aquel agente en la difteria.

El Dr. Davison, por su parte, dice haber asistido bastante cantidad de niños diftéricos por el mencionado tratamiento, habiendo obtenido buen resultado siempre, excepto en tres

casos, por distintas causas. La fórmula empleada por el autor, es la siguiente:

Licor de Van Swieten.....	dos onzas
Tintura de percloruro de hierro..	dos dracmas
Clorato de potasa.....	una dracma y media
Alcohol de menta.....	diez y seis gotas
Agua.....	cinco onzas y media

La cantidad á tomar se sujetará á las siguientes prescripciones:

Para un adulto: una cucharada de sopa cada tres horas.

Para un niño de 12 á 4 años—Media cucharada.

Para un niño de cuatro á dos años: una tercera parte de una cucharada.

Para un niño de un año: una cucharadita.

Agrega el autor que si el estómago no tolera esta mixtura, es mejor dar el licor de Van Swieten solo en leche, y si el licor de Van Swieten produce diarrea, se puede agregar un poco de láudano.

En cuanto á la aplicacion tópica, dice el Dr. Davison, yo uso una solucion de chinolina, 5 por ciento en iguales partes de agua y alcohol. Esta solucion es un poderoso astrinjente, y ayuda mucho á despegar las placas de difteria.

Es halagador ver á nuestros hombres de estudio que dedican su tiempo á vulgarizar conocimientos útiles, destinados á aliviar la parte mas débil de la humanidad: la infancia.

Los esfuerzos del Dr. Davison son muy dignos de aplauso, y ellos le proporcionarán gratos momentos en su vida de labor.

Desearíamos que sus ideas triunfaran en la aplicacion diaria de la clínica, y que el tratamiento por él preconizado recibiera la sancion de los prácticos.

Pero.... es tan incierta la terapéutica, y tan rebelde la difteria!

Recordemos para terminar las palabras del profesor Bouchard, refiriéndose al punto en cuestion: «Es difícil pronunciar un juicio definitivo; cada uno se alaba del antiséptico que le es familiar, y el porvenir dirá cual es el mejor. Se ha entrado, yo creo, en la via verdadera; la difteria no es una enfermedad general desde luego: es una infeccion local que se generaliza.

Ella reclama un tratamiento antiséptico local; pero este tratamiento no podria ser eficaz, si no es aplicado cuando el mal es aún local.»

Continúe el Dr. Davison en su provechosa propaganda en defensa de la salud pública, y tenga presente que si es rudo el combate diario, en cambio la satisfaccion del triunfo es grande y sobrepasa todos los sacrificios.

Octubre de 1890.

S. G.

REGLAMENTO

Para el Concurso Nacional de Ciencias Médicas que el «Círculo Médico Argentino» celebrará en el año de 1891

El «Círculo Médico Argentino» procediendo de acuerdo con las bases I y V y título XI de sus estatutos:

RESUELVE:

Artículo 1º—Celebrar un Concurso Nacional de Medicina en el año próximo de 1891.

Art. 2º—Los trabajos que se presenten á este concurso deberán consistir en memorias inéditas que se refieran exclusivamente á medicina nacional, pudiendo tambien presentarse preparaciones anatómicas, piezas patológicas y plásticas, preparaciones microscópicas ó instrumentos y útiles de aplicacion á la medicina y á la cirugía, que no hayan sido dados á conocer al público antes de su presentacion al certámen.

Art. 3º—Los premios serán cuatro y consistirán en:

1º Una medalla de oro, que no podrá exceder de media onza de peso efectivo, y se denominará: Primer premio;

2º Una medalla de plata del mismo peso que la anterior que se denominará: Segundo premio;

3º Una medalla de cobre que se denominará: Tercer premio;

4º Un diploma de honor que se denominará: Cuarto premio.

Art. 4º—Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso: «El Círculo Médico Argentino á N. N.», y en el reverso: «Concurso del año 1891—Premio al mérito».

Art 5º—Los premios de que habla el artículo 3º, incisos 1º, 2º y 3º, irán acompañados de los correspondientes diplomas en pergamino, y firmados por el Presidente y Secretario de la asociacion, y Presidente, Secretarios y miembros del Jurado.

Art. 6º—Los que quieran tomar parte en este concurso, sean ó no sócios, presentarán sus trabajos antes del 1º de Mayo de 1891, en la Secretaría de la asociacion.

Art. 7º—Las memorias serán anónimas y llevarán un lema, sin que se deduzca por algo su procedencia, é irán acompadas de un pliego cerrado con igual lema al de la memoria, en el que constará el nombre del autor y su residencia.

Art. 8º—Las preparaciones, aparatos, etc., vendrán embalados, sin nombre del autor, y acompañados de una memoria explicativa de la pieza, etc., y un pliego cerrado en donde constará el nombre del autor y su domicilio; este pliego cerrado llevará la misma marca que el embalaje.

Art. 9º—El jurado encargado de examinar los trabajos y adjudicar los premios, se compondrá de siete miembros que serán elegidos por la asamblea de una lista de veinte personas de reconocida competencia, que le será presentada por la Comision Directiva.

Art. 10—La asamblea nombrará de entre los miembros de la Sociedad dos Secretarios para el Jurado.

Art. 11—El Jurado será constituido en presencia del Presidente de la asociacion, el cual hará entrega al mismo de los trabajos qne se hayan presentado, reservando los sobres que contengan los nombres y domicilios de los autores, para ser abiertos en el seno de la Comision Directiva, despues que se expida el Jurado.

Art. 12—El *quorum* para las reuniones del Jurado será compuesto de cuatro de sus miembros.

Art. 13—Para el estudio de los trabajos el Jurado nombrará comisiones de sus miembros, las que deberán presentarle

informes escritos sobre el mérito de aquellos. Cada una de estas comisiones tendrá por cometido estudiar y dictaminar sobre el valor de todos los trabajos del concurso.

Art. 14—Expedidas todas las comisiones parciales y leídos todos los trabajos en presencia del Jurado, éste discutirá la importancia de los temas, el valor de las cuestiones que abarquen, su forma, su extension y su carácter nacional.

Art. 15—Discutidos los trabajos, el Jurado, teniendo en cuenta el mérito absoluto de los mismos, acordará ó no los premios establecidos en el artículo 3º.

Art. 16—El informe que el Jurado presente á la comision directiva debe contener todos los detalles relativos á los trabajos del concurso, así como los fundamentos de su fallo.

Art. 17—El Jurado deberá expedirse antes del 1º de Junio de 1891.

Art. 18—La distribucion de premios tendrá lugar el dia 29 de Junio de 1891, aniversario de la fundacion del «Círculo Médico Argentino».

Art. 19—Las memorias premiadas pasarán á la Biblioteca de la asociacion, y serán destinadas al Museo de la misma, las piezas anatómicas, aparatos, etc.

Art. 20—Los trabajos que no resultasen premiados, conjuntamente con los pliegos cerrados que contienen los nombres de sus autores, quedarán á disposicion de éstos en Secretaría.

Art. 21—Solicítese de la prensa de la capital y del interior, la insercion de esta resolucion, y publíquese en «Los Anales del Círculo Médico Argentino».

Buenos Aires, Julio 25 de 1890.

JULIO MENDEZ.
Armando Claros—Luis Beaufrère
Secretarios.

VARIEDADES

Reorganizacion de los consultorios—El personal de los consultorios del Círculo Médico Argentino ha quedado constituido de la manera siguiente:

Enfermedades del estómago—Dr. Julio Mendez—Lunes y Juéves de 11 á 12.

Cirujía de niños—Dr. Alejandro Castro—Mártes y Sábados de 3 á 4.

Enfermedades de mujeres—Dr. A. Martinez Rufino—Lunes y Viérnes de 4 á 5.

Enfermedades de las vias urinarias—Dr. Fernando Perez—Mártes de 10 á 11.

Enfermedades de la laringe, oido y garganta—Dr. Fernando Perez—Juéves de 10 á 11.

Enfermedades de niños—Dr. Marcial V. Quiroga—Lunes, Miércoles y Viérnes de 2 á 3.

Enfermedades de la piel y sífilis—Dr. Manuel Bengolea—Mártes y Juéves de 10 á 11.

Enfermedades de los ojos—Dr. Benjamin D. Martinez—Lunes, Miércoles y Viérnes de 3 á 4.

Enfermedades nerviosas—Dr. Luis M. Acuña—Lunes y Viérnes de 4 á 5.

Vacuna—Todos los dias de 1 á 5.

Reformas del reglamento—La Comision Directiva del Círculo Médico Argentino comunica á los señores sócios que la asamblea del 22 de Agosto de 1890 ha modificado el reglamento de la Sociedad, en los puntos siguientes:

Artículo 2º, inciso 3º—Pagar una cuota de ingreso de *dos* pesos m/n los estudiantes y de *diez* pesos m/n los médicos; y una mensualidad de *dos pesos* los primeros y de *tres pesos* los segundos.

Artículo 26—La Comision Directiva no podrá autorizar por sí sola gasto alguno que esté fuera de presupuesto.

NECROLOGÍA

Rómulo Marcenaro—Ha fallecido en Buenos Aires el ex-alumno de medicina Don Rómulo Marcenaro, profesor de historia en la escuela normal de esta ciudad, y ayudante del laboratorio de fisiología en la Facultad.

Marcenaro ha muerto precisamente el dia en que habia terminado la redaccion de su tesis inaugural para el doctorado en medicina. Jóven dotado de excelentes condiciones de inteligencia y de carácter, era una hermosa promesa para el cuerpo médico argentino, que hoy deplora su temprana muerte.

El Dr. Ricardo Carreras—Ha muerto poco ha en Buenos Aires, este distinguido colega.

FORMULARIO

Bidwell emplea contra la *amigdalitis aguda:*

Tintura de guayaco amoniacal.	aa
Tintura de quina compuesta.....	30 gramos
Miel	90 »
Solucion saturada de cloruro de sódio.	450 »

M. Hacer gargarismos frecuentes con esta mezcla, y tomarla tambien al interior por cucharadas pequeñas cada dos horas.

H. Wood usa la siguiente pocion contra las *perturbaciones intestinales de la fiebre tifoidea:*

Esencia de trementina.....	5 gramos
Esencia de clavo.....	5 gotas
Glicerina pura.....	aa
Mucilago de goma adraganto.....	15 gramos
Jarabe simple.....	aa
Agua.....	30 gramos

H. S. A. Tomar una cucharada de las de postre cada dos horas, á partir del duodécimo ó décimo quinto dia de la fiebre tifoidea.

Segun el profesor H. Wood esta medicacion disminuye la diarrea y el timpanismo, acelera la cicatrizacion de las úlceras tíficas y previene las hemorragias intestinales.

Unna aconseja las siguientes pomadas contra el eczema y el acné:

Lanolina	20 gramos
Cloruro de cálcio líquido	40 »
Aceite de cade	10 »
Pomada de zinc	30 »

M. Contra los eczemas crónicos muy pruriginosos, con infiltracion profunda de la piel.

Lanolina	~
Pomada de zinc	aa
Cloruro de calcio líquido	10 gramos
Azufre precipitado	3 »

M. Contra el *acné:*

Lanolina	~
Ungüento simple	aa
Cloruro de cálcio líquido	10 gramos
Agua oxigenada	
Azufre precipitado	4 »

M. Contra el *acné:*

En esta última fórmula, segun Unna, el agua oxigenada está destinada á hacer desaparecer, *decolorándolos*, los feos puntos negros (comedones) sobre la superficie de los acneicos.

Si se quiere obtener mas fácilmente esta decoloracion, se prescribirá:

Agua oxigenada	20 ó 40 gramos
Vaselina	20 »
Lanolina	10 »

M. Uso externo.

Esta misma pomada podrá servir para hacer ménos aparentes (decolorándolas tambien), las pequeñas manchas con pelos sobre el rostro de las señoras.

Netchaiew da la siguiente mixtura en la *neumonía de los alcoholistas:*

Tintura de capsicum..... 5 á 10 gramos
Agua..... 200 »
N. s. a. Tomar una cucharada cada dos ó tres horas.

Gluck se sirve de esta fórmula para el empleo local de la cocaina sin peligro de intoxicacion:

Acido fénico puro líquido..... 5 gotas
Agua destilada..... 10 gramos
Ajítese hasta disolucion completa, y agréguese.
Clorhidrato de cocaina..... gramo 50 cent.

H. s. a. El autor no ha visto con esta fórmula sobrevenir fenómenos de intoxicacion. Gluck cree que el ácido fénico impide la reabsorcion de la cocaina, provocando la formacion de una débil escara sobre la mucosa.

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 11

Anales del Círculo Médico Argentino

NOVIEMBRE DE 1890

Tratamiento de la fiebre tifoidea por el naftol [1]

por el Dr. Julio Mendez

Habiendo tenido ocasion de tratar por el naftol 38 casos de fiebre tifoidea en nuestro servicio del Hospital San Roque y profesional, dándonos resultado tan halagador como lo es la mínima mortalidad de 2,63 % que demuestra nuestra estadística, por la pérdida de solo un enfermo entre los 38 casos,—creemos útil y de cierto interés hacer conocer el detalle y las modificaciones impresas al tratamiento.

Pero antes de ello, es necesario que expliquemos la *patogénia* que á nuestro modo de ver sirve de base al tratamiento racional.

El bacilus de la fiebre tifoidea descubierto casi á la vez por *Klebs, Eberth, Koch y Gaffky*, penetra en el mayor número de casos por el tubo dijestivo y se localiza en el intestino, preferentemente en los *folículos*, las *placas de Peyer* y glándulas de *Liberkühn*. Allí, antes de desarrollarse sobre la superficie mucosa, produce las alteraciones histológicas características de la enfermedad y penetra por ellas al plexo linfático de *Auerbach* para pasar á los ganglios mesenteriales y á la sangre.

Su presencia en este último medio es intermitente; solo existe el bacilus de paso á los órganos. Así como *Wyssokowitch* lo ha demostrado, la mayor parte de los microbios patógenos no se desarrollan en la sangre, y mas recientemente *Meisels* ha ob-

(1) Artículo tomado de la conferencia celebrada en el Círculo Médico Argentino el miércoles 8 de Octubre de 1890.

servado coinciden con la exacerbacion de la fiebre un mayor número del bacilus tifoideo en este medio.

Gaffky valiéndose de cortes microscópicos teñidos, lo ha encontrado en el bazo, hígado y riñones, en 26 cadáveres sobre 28.

Mas tarde *Rietsch* por medio de tinciones y culturas encontró el bacilus en los mismos órganos, en 35 cadáveres sobre 36, siendo el que no dió resultados positivos, un caso de dudoso diagnóstico.

La presencia del micro-organismo en dichos órganos es constante; todos los bacteriologistas están contestes; y aun se lo encuentra aunque menos constante en las manchas lenticulares, la médula ósea, el pulmon y los centros nerviosos.

Así pues, la *infeccion* verificada de este modo, es uno de los grandes factores de la enfermedad, pero existe tambien otro no menos importante y mas complexo que lo acompaña siempre: la *intoxicacion.*

De una parte son los productos químicos que resultan de las alteraciones en los órganos por la actividad del bacilus y que *Brieger* ha denominado *ptomainas*, y entre las muchas que deben existir ha sido aislada la *Typhotoxina* por este último autor y por otros despues de él, ya en el cadáver mismo, ya experimentalmente en culturas del bacilus.

A este grupo de intoxicaciones de orígen infeccioso, se añáden las autointoxicaciones de orígen intestinal estudiadas por *Bouchard,* y que en la fiebre tifoidea se traducen por el desarrollo exagerado de gases de putrefaccion y por los síntomas de órden nervioso que produce su absorcion.

Aceptada la infeccion y las intoxicaciones, todo tratamiento debe relacionarse á combatir estos dos grupos de causas, por medio de los antisépticos que se consideren mas apropiados.

Nosotros en este estudio hemos tratado de simplificar el problema limitándonos á evitar las intoxicaciones y á dejarlo así asegurado para en adelante; lo que otros autores modernos han demostrado, aunque de una manera menos clara.

La aplicacion de la desinfeccion intestinal en la fiebre tifoidea, ha sido puesta en uso por *Rossbach*, profesor en Jena,

sirviéndose de la naftalina. Despues *Bouchard* hizo uso de la misma sustancia y mas tarde la sustituyó por el naftol *beta*.

La naftalina es menos preferible á este último, porque se reabsorbe una buena cantidad al través del intestino, porque puede á grandes dosis producir la opacidad del cristalino (como lo ha observado *Bouchard* en experimentacion sobre los animales) y porque algunas veces á dosis vulgares de 4 á 6 gramos produce envenenamientos como los relaciona *Götze* en dos casos; envenenamiento caracterizado por delirio, gran inquietud, cianosis de los lábios y las mejillas, saltos tendinosos, descenso de temperatura, sudores, etc.

A esto debe añadirse que le falta la gran condicion de un buen antiséptico intestinal, el ser absorbido; pues desde que *Bouchard* nos ha enseñado á manejar dicha antisepsia, sabemos que la insolubilidad del medicamento empleado es la condicion fundamental para que pueda obrar sobre todo el intestino desde el duodeno hasta el recto. De lo contrario tendríamos lo que nos sucede con el salol, compuesto de dos cuerpos excelentes como antisépticos, que tienen en este caso el defecto de ser fácilmente absorbidos y que el medicamento antiséptico en el duodeno no lo es en el ileon, porque no llega á él.

En este órden de ideas fué preconizado el naftol y usado por muchos prácticos, pero en todo lo que nosotros conocemos de esas aplicaciones, se ha unido al medicamento otros remedios y sistemas de medicaciones, que confunden ú oscurecen la accion única del desinfectante.

Nosotros hemos tratado de darnos cuenta por medio de culturas de materias fecales, hechas en gelatina y agar-agar, de la accion antiséptica del medicamento.

Las culturas con materias de tifoideos antes de ser sometidos á ningun tratamiento, se han presentado ricas en micro-organismos, mientras que las hechas con productos de enfermos sometidos al naftol eran menos ricas, notándose entre unas y otras una disminucion de 8 á 10 veces en el número de colonias en las placas de gelatina.

Es sobre todo con el calomel que la disminucion producida era mas rápida y mas sensible, pudiéndose decir que entre todos los desinfectantes intestinales usados hasta ahora es el que mejor antisepsia produce.

Sin embargo, ni con el calomel y menos con el naftol se ha visto desaparecer completamente los micro-organismos en las deyecciones, lo que significa que una verdadera y completa de sinfeccion toca, en la práctica, con inconvenientes que aún no podemos ó sabemos salvar.

Estos inconvenientes residen en primer lugar en la forma como administramos el medicamento—forma sólida,—necesaria para que la absorcion no se verifique, pero que por otra parte dificulta la mezcla íntima ú homógenea del desinfectante con el contenido á desinfectar.

Para suplir en lo posible á este defecto se administra el naftol finísimamente pulverizado y se subdivide el número de dosis en las 24 horas, en el mayor número posible, conservándose sin embargo en un límite prudente para no fatigar al enfermo con la frecuencia de la medicacion.

La dosis empleada ha sido de 4 gramos, divididos en 12 sellos por dia, y para niños mitad menos en el mismo número de veces.

Administramos el naftol solo; ó, cuando los enfermos tienen olfato fino, hacemos aromatizar la dosis de 4 gramos con una gota de esencia de bergamota, de menta, etc. y dividirla en 12 sellos. Sucede á veces ó que los sellos no son bien pegados, ó que en ciertos puntos su cubierta es mas delgada y dejan sentir un cierto olor del medicamento, que sin ser fuerte es á la larga, para algunos, desagradable.

Nótese que ni unimos al medicamento el salicilato de bismuto, ni otras sustancias como el carbonato de magnesia, etc., porque á nuestro modo de ver ellos no obedecen á indicacion ninguna, como se verá mas abajo al hablar de los casos que motivan este artículo.

El salicilato de bismuto fué empleado por *Vulpian* y mas tarde por *Bouchard*, hasta que vino el nalftol, y despues del cual este último autor convencido de su poco poder antiséptico, lo utilizó como reactivo de la putrefaccion intestinal, basándose en que el ácido sulfihídrico dá con la base una coloracion negra de sulfuro y que segun la mayor ó menor cantidad del gas, las materias fecales son negras ó negras verdosas ó verde oscuras. Esta misma reaccion tiene el gran defecto de hacer perder á las materias la coloracion propia y puede por

consiguiente ocultar hechos de importancia, las hemorragias, por ejemplo.

El carbonato de magnesia es inaplicable y aun formalmente contra-indicado por su poder de neutralizar el jugo gástrico que tan escaso es en estas circunstancias.

La magnesia calcinada unida al naftol para efectos purgantes no tiene objeto, porque aumenta la diarrea cuando la hay ó la produce en caso de no haberla, y es uno de los muchos beneficios del naftol el disminuir la diarrea, como veremos despues.

Mas preferible es, cuando hay indicacion de évacuantes, hacer uso del aceite de ricino ó de enemas.

Otra forma en la que se puede administrar el medicamento, especialmente en los niños, es la forma pilular, recurriendo preferentemente á la union del naftol con una pequeña cantidad de alcanfor, lo que da á la píldora una consistencia frágil, quebradiza, de modo que en el trayecto del intestino pueda deshacerse y mezclarse á la masa de materias.

Hemos tenido, pues, que estudiar esta cuestion, mandando hacer píldoras con extracto de genciana como vulgarmente se hacen, y con alcanfor como nosotros las aplicamos, prefiriendo estas últimas por las razones anteriores y porque á más introducimos un medicamento útil, como excitante general y como desodorisante local.

La fórmula que usamos para adultos es:

Naftol..... 4 gramos.

pulverícese y añádase:

Alcanfor..... 30 centígramos

(para 12 píldoras).

Estas píldoras tienen doble tamaño de una averja.

Para los niños de 10 á 14 años, empleamos la mitad de la dosis en el mismo número de píldoras, lo que las hace mitad mas pequeñas. Aunque diversas veces hemos buscado en las materias fecales las píldoras de naftol, nunca las hemos encontrado, por lo que parece que deben deshacerse en el intestino. Sin embargo, dudando un poco de su accion completa en cuanto es necesario que la sustancia pueda dividirse perfectamente en el contenido intestinal, hemos recurrido pocas veces

á ellas y únicamente cuando no nos ha sido posible administrarlo bajo otra forma.

Se usa tambien dar el naftol en suspension en una pocion gomosa, pero la accion ligeramente acre que se esperimenta al tomarlo y que debe ser atribuida al contacto de las partículas sólidas del medicamento con la mucosa faríngea, le hace de difícil aplicacion.

A la antisepsia así producida, unimos la antisepsia bucal, para evitar en gran parte las infecciones secundarias ó intercurrentes que se producen frecuentemente en plena marcha de la infeccion primera, y por otra clase de micro-organismos.

La cavidad bucal, aún en el individuo sano, es sitio de desarrollo de una gran cantidad de bacilus y micrococcus, algunos de los que tienen propiedades patógenas. Si estos parásitos no nos producen mas frecuentemente daño, es debido á que la saliva por una parte los lava y los elimina con ella, y por otra á que las condiciones de integridad de la mucosa, de los dientes, de las amigdalas, etc., no les permiten penetrar al interior del organismo.

En los tifoideos todas estas condiciones faltan, y, sobre todo, la falta de saliva y como consecuencia la sequedad de la mucosa y su agrietamiento, hacen estas infecciones intercurrentes, posibles y aún frecuentes.

La desinfeccion bucal está, pues, indicada, y para ello hemos ocurrido al *benzoato de soda* en solucion al 10 %, sirviéndonos una cantidad de 300 gramos de esta solucion por dia para colutorio.

De los antifebriles solo hemos usado la antipirina á dosis de un gramo en una sola y única dosis en las 24 horas, administrándola en los casos indicados mas abajo.

Como excitante enérgico en ciertos enfermos graves hemos empleado las inyecciones de 1 gramo de alcanfor en 12 gramos éter para 12 inyecciones, aplicando hasta 4 diarias.

Como decíamos mas arriba, para darnos bien cuenta de lo que se debe al tratamiento por el naftol, no hemos recurrido en ninguno de los 38 casos á otro sistema de medicacion, y nuestro plan de tratamiento ha sido siempre el que hemos enumerado, y del que hemos detallado las dosis.

Para completarlo indicaremos el régimen alimenticio á que sujetábamos á los enfermos.

En todos los periodos de la enfermedad hemos empleado la leche y únicamente la leche, llegando á tomar la mayor parte de nuestros enfermos hasta 3 litros en 24 horas, y añadiendo á cada vaso de leche dos cucharadas de agua de Vichy ó algunos centígramos de bicarbonato de soda en polvo. Se evitan, añadiendo estos medicamentos á la leche, las raras indigestiones que se produjeran en los primeros casos.

La leche sirve tambien de vehículo á todos los medicamentos que toma el enfermo.

El alcohol, bajo forma de pocion Todd en el hospital, y de Oporto ó Jerez en el público, á pequeñas dosis, completa el cuadro.

Ahora, conocido el tratamiento, veamos qué influencia ejerce en los diversos grupos de síntomas y en el conjunto de la enfermedad.

Hemos dividido estos grupos en 5: los que se refieren á la temperatura (*a*); los de la circulacion y corazon (*b*); los del sistema nervioso (*c*); los de todo el tubo digestivo (*d*) y las secreciones (*e*).

a) Segun la marcha y duracion de la fiebre, hemos dividido los 38 casos de fiebre tifoidea, en 5 grupos:

1er grupo—	Abortivos.....	9	casos	
2º »	Duracion de 3 semanas.....	21	»	
3er »	Duracion 4 semanas.....	2	»	(tubercul's)
4º »	Duracion variable con recaídas	5	»	
5º »	Muerto	1	»	

De estos casos hay algunos que han entrado al hospital ó han sido puestos en tratamiento hasta el 4º dia de enfermedad, para los del primer grupo y hasta el 11º dia para algunos de los grupos siguientes.

El primer grupo compuesto de 9 casos lo forman los llamados abortivos en la significacion de *Weil* y que se caracteriza por ascenso y descenso rápido de la temperatura, por una cor-

ta duracion del *acme* y por una duracion total de la fiebre que no pase de 15 dias.

Este grupo no puede ser considerado en la clasificacion de tifoideas leves de *Jürgensen*, porque existen en la mayor parte de ellos temperaturas elevadas al comienzo, síntomas cerebrales, estupor, etc.

La tifoidea leve segun *Liebermeister*, tiene muchas veces la duracion de las formas ordinarias (4 semanas) y solo se diferencia de ellas por la menor intensidad de los síntomas.

En nuestros casos la fiebre ha durado desde 10 á 14 y 15 dias, para cuya comprobacion estractamos de nuestras observaciones algunos de ellos, haciéndolos acompañar de las curvas de temperaturas, que á nuestro juicio son bien demostrativas.

Observacion 13ª—Camilo Jaime, 23 años, italiano, sastre, entró el 5 de Mayo de 1890. Siéntese desde hace algunos dias sin fuerza y sin apetito. El 3 de Mayo sintió escalofrios repetidos, cefalalgia é insomnio. El 5, dia de su entrada, temperatura 40º6. Bazo 11 centímetros. Estupor. Desde hace dos dias no defeca, se ordena aceite de ricino. El 8 aparece una erupcion de roseola confluente; el 9 y 10 epístasis. Duracion 10 dias. (Véase curva 1ª; las cruces indican 1 gramo de antipirina).

Observacion 25ª—Rogelio Gonzalez, 25 años, español, peon de albañil, entró el 19 de Abril de 1890. El 15 escalofrio, insomnio, cefalalgia. A su entrada, lengua saburral, bordes rojos. Bazo 11 centímetros, temperatura 39º2; gorgoteo y dolor en la fosa ilíaca derecha, diarrea desde el comienzo; el 21 de Abril roseola. Duracion 12 dias. (Véase curva 2ª).

Observacion 33ª—N. Romero, 20 años, estudiante de medicina, entró el 1º de Junio de 1890. Sintió el 29 de Mayo decaimiento, fiebre, cefalalgia. A su entrada, lengua saburral, bordes rojos, seca. Bazo 13 centímetros. Constipacion que ha durado toda la enfermedad, haciéndose uso de aceite de ricino cada 2 ó tres dias. El 3 fuerte cefalalgia, insomnio y delirio durante 3 dias. El 5 roseola. Duracion 11 dias. (Véase curva 3ª).

Observacion 7—Pablo Anesi, 20 años, italiano, peon albañil, entró el 27 de Febrero 1890. Sintió escalofrio el 23 é insomnio. El 27 dia de su entrada, temperatura 39º8 á la tarde, lengua saburral, seca, encias fuliginosas; pulso 115, débil. Gran estupor.

estado tifoso. Bazo 13 centímetros, palpable. Constipacion hasta el dia de entrada, luego diarrea; roseola el 1º de Mayo. Duracion 12 dias. (Véase curva 4ª; las cruces indican 1 gramo antipirina).

En la *observacion 32* la fiebre dura 15 dias.

En la *observacion 15* la fiebre dura 15 dias; á los 14 dias se desarrolla un trombus en la safena izquierda; la temperatura desde el 17º dia sufre oscilaciones entre 37º2 por la mañana y 38º2 por la tarde durante 4 dias; oscilaciones que dependen de la flebites.

En la *observacion 3ª* el descenso de la temperatura se produjo en 48 horas del 10º al 12º dia.

El segundo grupo lo forman 21 casos, durando en cada uno de ellos la enfermedad de 20 á 21 dias, siendo interesante observar en muchos de ellos el descenso producido por la antipirina y que luego explicaremos.

En dos casos la fiebre tifoidea se ha desarrollado en individuos atacados de tuberculosis. El uno (*obs. 31*) á su entrada al hospital presentaba fenómenos de infiltracion en ambos vértices y se encontró bacilos en los órganos. La tifoidea ha evolucionado en 4 semanas, acompañándose al fin de la 3ª y mitad de la 4ª semana de síntomas adinámicos graves. Lo que es digno de notar es que despues de la enfermedad, la auscultacion permitia descubrir en uno de los vértices la existencia de cavernas que antes no habia.

En el otro caso (*obs. 26*), se trata de un tuberculoso con síntomas cavitarios en ambos pulmones y con dilatacion crónica del estómago, en el cual la tifoidea ha durado tambien 4 semanas, traduciéndose durante la primera semana por síntomas adinámicos y alteraciones circulatorias alarmantes.

El 4º grupo lo forman 5 recaidas; *observacion 23*: se produjo el 4º dia de convalecencia, una tifoidea grave que duró 3 semanas, marchando la recaida con temperaturas medias durante 10 dias.

Observacion 20: se produjo tambien á los 4 dias de convalecencia y duró 7 dias, habiendo durado la enfermedad 3 semanas.

Observacion 29: la recaida dos dias despues con una duracion de dos semanas y reapareciendo la roseola al 11º dia.

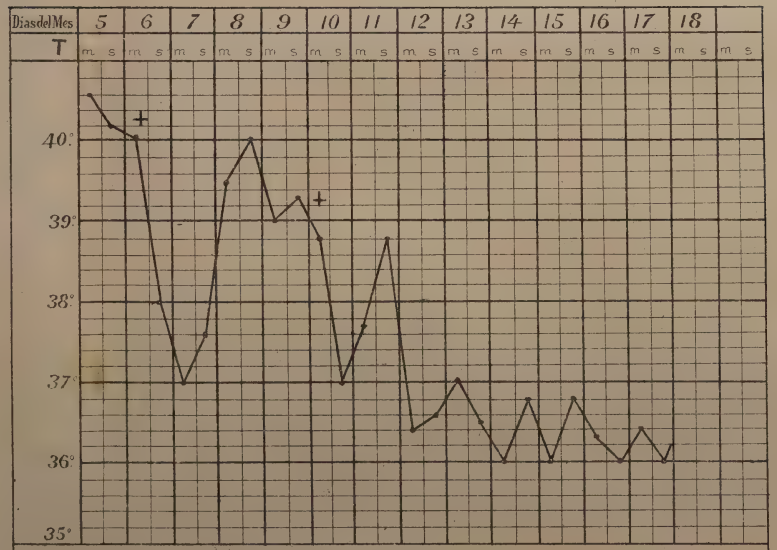
Observacion 36: la recaida dura 7 dias y se presenta al 11º dia de convalecencia.

Observacion 37: la enfermedad dura 15 dias (niño de 14 años) y la recaida se verifica 4 dias despues, coincidiendo con una fuerte emocion producida. Dura el mismo tiempo que la enfermedad, con temperaturas igualmente elevadas y con reaparicion de roseola confluente, papulosa, al 6º dia.

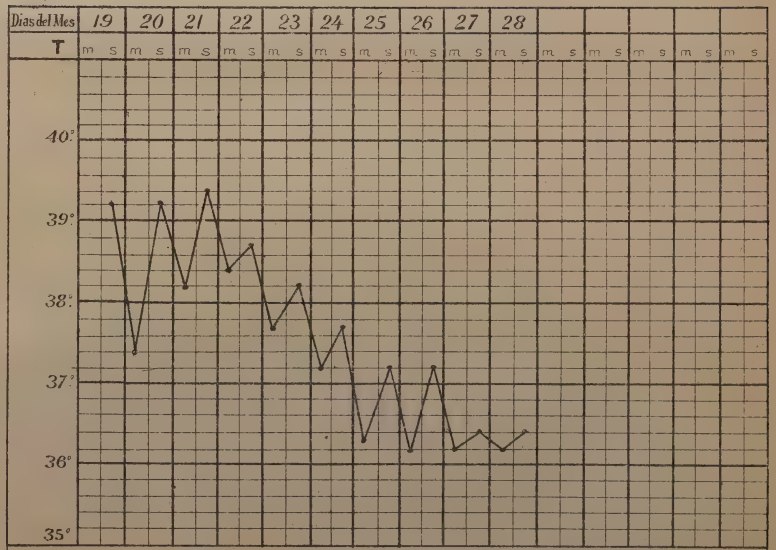
Todos los casos en que se ha juzgado conveniente bajar la temperatura, ó porque la fiebre era altísima ó porque el estado general así lo indicaba, hemos utilizado la antipirina en dosis única de un gramo al dia y hemos conseguido los notables resultados que se pueden observar en las curvas 1ª y 4ª, obteniendo una remision vespertina de 1º50, 2 y 3 grados, que muchas veces se ha mantenido durante 48 horas y que forman en los largos trazados como ondas de concavidad superior, alternando con la simetria de las oscilaciones tifoideas.

A algunos médicos hemos oido atribuir un carácter especial al hecho de que la temperatura en la tifoidea comience á elevarse desde las 2 p. m., y querer basarse en ello para encontrar alguna diferencia entre nuestras tifoideas y las tifoideas de Europa. El hecho es cierto, pero la pretendida diferencia no existe, puesto que allí como aquí en las fiebres tifoideas y muchas otras infecciones igual cosa sucede.

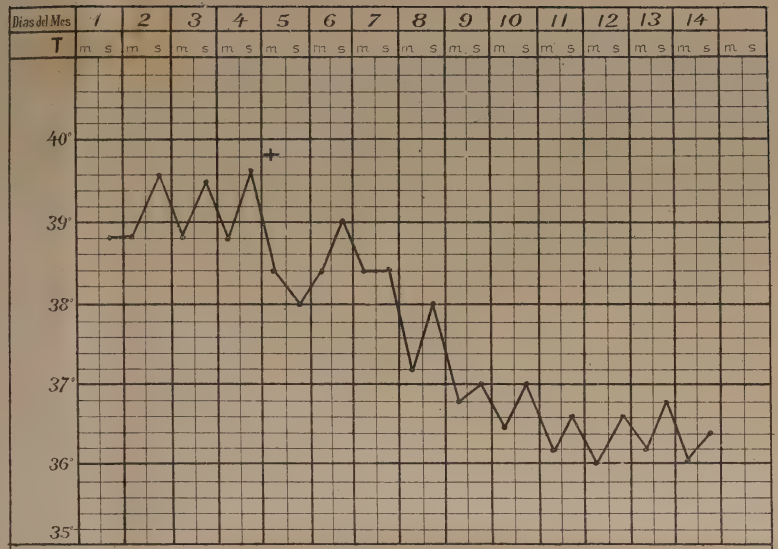
Es, pues, considerando que la temperatura comienza á subir desde temprano despues de medio dia, que nosotros administramos el gramo de antipirina á las 12 del dia y obtenemos que la remision de la mañana se acentúe aun mas á la tarde. Obsérvese por ejemplo la *curva 1ª*, y se verá que el 6 de Mayo por la mañana la temperatura marcada es de 40º. Hemos administrado la antipirina á las 12 m. tal como la *cruz* en la columna lo indica, y se ha producido un descenso de 2 grados, llegando la temperatura á las 5 p. m. á 38º. Aun mas, la remision de la mañana siguiente tambien ha sido influenciada por el medicamento, presentando como temperatura á



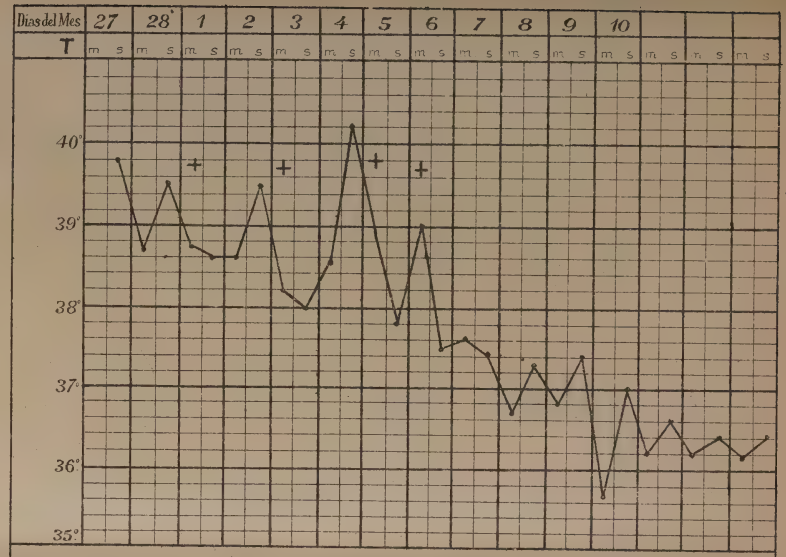
Curva 1ª



Curva 2ª



Curva 3ª



Curva 4ª

MENDEZ (FIEBRE TIFOIDEA)

las 6 a. m., 37º. Esto último no siempre existe, pero se puede decir que depende en general de la magnitud del descenso vespertino.

En la *curva 4ª* hemos producido con el medicamento las *ondas* de que hablamos, dos veces en 4 dias, y hemos dejado la tarde del cuarto elevarse la temperatura como testimonio *á posteriori* de la accion del medicamento.

No puede darse accion mas típica ni mas invariable, pero es necesario para que ella se produzca ciertas condiciones.

La primera é indispensable es producir la antisepsia intestinal la mas perfecta posible, porque si no es así, la antipirina no produce efecto á la dosis que la empleamos. Esto es lo que ha hecho decir á algunos que en cierto modo es ella el reactivo que demuestra el grado de antisepsia obtenida.

Y tan cierto es, que solo con el naftol y la naftalina se obtienen las *ondas* de la antipirina.

Para estar mas seguros aún, veamos cómo se comporta este último medicamento en otras fiebres, tales como la escarlatina, la neumonía, etc. En todas ellas se necesitan dosis mucho mayores en las 24 horas para obtener una lijera remision; hemos visto usar hasta 10 gramos del medicamento para hacer descender un medio grado la temperatura en un escarlatinoso.

¿Será quizás que la antipirina tiene una accion especial sobre la fiebre de los tifoideos?

No lo creemos y aún lo podemos asegurar, desde que en las fiebres tifoideas tratadas por la espectacion sintomática ó por los baños, las remisiones que se obtienen son pequeñas y merced á dosis cinco veces mayores.

Es, pues, seguramente á la antisepsia intestinal, á la que se debe atribuir la mayor accion del antitérmico.

En estos casos es muy preferible á la quinina, cuya accion bien estudiada por otros y comprobada por nosotros, aún con el tratamiento antiséptico, no la iguala ni aún en el período de las oscilaciones descendentes, únicos en que la quinina produce remisiones de consideracion, mientras que la antipirina desde el primer período influencia notablemente la temperatura; influencia que la hace peligrosa en los períodos de descenso por la baja temperatura que suele producir.

Su administracion es seguida al cabo de dos ó tres horas de sudores copiosos que bañan al enfermo y empapan el lecho. Son tanto mas profusos cuanto mas grande es el descenso producido.

---

b).—El pulso en los enfermos tratados por el naftol, se ha mostrado en general bajo, variando entre 100 á 104 por la tarde, y 90 á 96 por la mañana, marchando en paralelismo con la fiebre y siendo como ésta influenciado por la antipirina.

El dicrotismo que siempre existe en esta enfermedad, lo hemos observado y anotado en casi todos los enfermos, habiéndolo visto cesar al poco tiempo del tratamiento, traduciéndose su desaparicion al trazado del pulso, por la vuelta de la *elevacion de elasticidad*.

Solo en un caso hemos observado el dicrotismo durante toda la enfermedad y aún durante la recaída (*obs. 37*), habiendo seguido sin embargo la curva del pulso en paralelo con la de la temperatura, ascendiendo solo en los últimos dias de la recaida por encima de la de la fiebre.

Varias veces hemos observado que el pulso conservando su frecuencia ordinaria se debilitaba y se empequeñecia, hasta llegar en algunos casos á ser difícil sentirlé. Estos cambios sobrevenian de un dia á otro sin que se manifestaran con ellos otros síntomas.

En los cinco casos con recaidas, el pulso se presentaba desde el comienzo con bastante frecuencia y en ellos se notaba sin excepcion las variaciones enunciadas en el párrafo anterior.

En un caso de recidiva y trombus (*obs. 36*) habian verdaderas intermitencias entre cada 6 y 8 pulsaciones. El pulso era pequeño, blando y con una frecuencia de 106. La auscultacion del corazon denotaba las mismas intermitencias; no habia ni soplos ni desdoblamientos. A la percusion, tamaño normal. Las intermitencias comenzaron al 10º dia de enfermedad y han persistido hasta algunos dias de la convalecencia.

No se observó trastorno alguno que pudiera hacer presumir un diagnóstico de su causa, á no ser trastornos respiratorios caracterizados por séries de profundas y laboriosas respiraciones

que alternaban con las normales, que no ofrecian el tipo *Chynes-Stockes* y que mas bien tenian algo del síntoma complexo de *Kussmaul*, descrito en los diabéticos. No habia alteracion física en los pulmones. Diuresis normal.

Por algunos dias creímos que se trataba de una miocarditis, pero despues lo atribuimos á desórdenes nerviosos fáciles de admitir, desde que se trataba de un enfermo excesivamente impresionable.

Entre las alteraciones de la circulacion, citaremos el *trombus* de la safena izquierda que se ha producido en 3 casos, siendo seguido en todos ellos por una lijera elevacion de la temperatura durante 4 á 6 dias y que en cierto modo es característica sobre la curva de la fiebre.

El *trombus* ha aparecido en un caso, á los 4 dias despues de la enfermedad; en otro á los 15 dias, y en el tercero á los 15 dias despues de la recaida.

En todos los casos que habia disminucion de la fuerza cardiaca se han administrado inyecciones de éter alcanforado ó el sulfato de sparteina á dosis de 0,30 *pro die*.

---

c).—Relativamente al sistema nervioso hemos visto enfermos entrar al hospital con síntomas bien marcados de estupor, postracion, somnolencia, delirio, etc., los cuales han desaparecido desde el segundo dia de tratamiento y no han vuelto á presentarse en todo el trascurso de la enfermedad.

No hemos observado, pues, ninguno de esos cuadros de síntomas que los antiguos autores han denominado tifoideos, ataxo-adinámicos, etc. Y no se crea que esto es debido á que la actual tifoidea sea menos grave, ó á que el veneno tífico haya perdido su virulencia, de veinte años á esta parte.

No hay tal cosa, y lo prueba el que aún hoy se observan semejantes casos en enfermos tratados por la *espectacion sintomática* que presentan *au complet* todo ese cuadro sintomático y las numerosas complicaciones á que dan lugar.

El insomnio desaparece desde los primeros dias, la intran-

quilidad nocturna que lo acompaña no existe. Los tifoideos se comportan como los otros enfermos, pasan la noche tranquila y no perturban el sueño de sus vecinos. Ha habido veces que hemos tenido 10 tifoideos sobre 24 enfermos, y la noche se ha pasado en la sala tranquila y sin molestia para nadie.

En un solo caso hemos hallado un insomnio invencible durante toda la enfermedad, en el mismo enfermo de la *obs. 36*, en quien como dejamos dicho se observaron las perturbaciones circulatorias y respiratorias de orígen nervioso.

La cefalalgia desaparece al mismo tiempo que el insomnio y con muy raras excepciones ha persistido un cierto tiempo despues del comienzo del tratamiento.

En una palabra, no ha existido en ninguno de nuestros pacientes esas formas estúpidas que tan comunes eran antes del tratamiento antipsético.

Aunque no fuera sinó por esto, la medicacion por el naftol es un beneficio real para el enfermo y para los enfermeros. Las auto-intoxicaciones que se verifican con el contenido intestinal y cuyas *ptomainas* son la causa de muchos de estos síntomas, son evitadas por el antiséptico, que simplifica así el gran complexo de la enfermedad tifoidea.

---

d).—El naftol disminuye la diarrea en general y la reduce en el mayor número de casos á 2 ó 3 deposiciones en las 24 horas, siendo mas comunmente nocturnas.

Esta accion del medicamento es perfectamente sensible en los casos entrados con 7 y 10 deposiciones diarias.

En los pocos casos con constipacion el medicamento la aumenta, y ha sido necesario combatirla administrando el aceite de ricino cada 2 ó 3 dias.

No nos hemos preocupado de usarlo cuotidianamente, porque la reabsorcion de productos intestinales no se verificaba, á causa de la antisepsia por una parte y á la consistencia sólida de las materias por otra.

La constipacion relativa producida por el naftol, no es debida á propiedades astringentes del medicamento, sinó á su accion

curativa sobre las lesiones del aparato linfático del intestino—folículos y placas de *Peyer*—y á la disminucion del catarro mucoso por la menor alteracion del contenido intestinal.

Esta accion curativa explica tambien la desaparicion precoz del dolor á la presion en la fosa ilíaca derecha, pues es indudable que el dolor es producido por la alteracion de las placas del *ileo*, así como en la colitis ulcerosa lo es por las ulceraciones del colon.

El timpanismo, fenómeno constante en la fiebre tifoidea, no lo hemos observado nunca en los casos sometidos á la medicacion. Una prueba mas de la ausencia de fermentaciones intestinales.

En cuanto al estómago, no hay trastorno ninguno producido por el medicamento. Los vómitos no se han observado nunca y cuando extraordinariamente se han producido como en la (*obs. 37*) en que aparecieron al comienzo de la recaida, han podido ser atribuidos á la dilatacion de estómago que existia, y los que fueron suspendidos por una dieta seca, persistiendo sin embargo en el empleo del naftol.

La dilatacion del estómago es quizá uno de los inconvenientes del régimen lácteo y de la no prohibicion del agua á los enfermos, pero esta dilatacion pasajera y sin la mas pequeña gravedad se presenta casi siempre solo al fin de la enfermedad y obstaculiza ligeramente la alimentacion, pudiendo llegar al grado de una verdadera complicacion si no se la tiene presente y se insiste en continuar un régimen desde ese momento contraindicado.

Con la disminucion de la leche, la disminucion del agua, el uso de las peptonas húmedas de Koch, Kemmerich, etc., y los huevos, ó, en caso de vómitos, con el empleo de estas mismas sustancias por el recto, se salvan pronto los inconvenientes y el enfermo continúa su mejoría sin otro percance ni retraso en la marcha de la enfermedad.

Pero, en cambio de tan pequeños como poco frecuentes trastornos ocasionados por la leche y el agua en bebida, se obtienen las ventajas de una alimentacion que mantiene al enfermo en excelentes condiciones, como lo demostraremos mas adelante, y de una diuresis que, á nuestra manera de inter-

pretar los hechos que pasan en una tifoidea, llega al rango de una indicacion terapéutica por la eliminacion de las sustancias tóxicas reabsorbidas.

El estado de la lengua se influencia igualmente con el tratamiento. De súcia, seca, afilada, estrecha, con bordes y punta rojos se cambia en húmeda, saburral y ancha, y se transforma en fin en una lengua limpia y húmeda.

Las fuliginosidades de los dientes y encias no existen sinó al principio.

Las indigestiones que alguna vez se producen por el régimen lácteo son de corta duracion y se acusan en la curva de la temperatura por una ascension rápida y un descenso igual, formando en las 24 horas la ascension *en pico*, que llamamos.

Estas indigestiones no se han reproducido mas, desde que administramos con cada vaso de leche dos ó tres cucharadas de agua de Vichy ó un poquito de bicarbonato de soda.

e).—Los sudores, á excepcion de los producidos por la antipirina, los hemos observado en algunos casos al entrar los enfermos al hospital y aún continuarse algunos dias despues, pero siempre ceden al tratamiento y no se reproducen una vez desaparecidos. Ellos deben ser atribuidos á absorciones de principios tóxicos intestinales y de ninguna manera considerados como síntomas de formas especiales de fiebre tifoidea, tal cual lo creen algunos autores, considerándolos como tipos frecuentes en los climas calientes.

La secrecion urinaria se mantiene siempre alrededor de 1200 ctm. (lo que atribuimos al régimen lácteo y al agua de bebida), á pesar de la fiebre. En el período de descenso de la fiebre, la diuresis aumenta.

Los depósitos de uratos son raros y se observan alguna vez al comienzo de la convalecencia. La albúmina solo la hemos encontrado en dos casos: el 1º, en un tuberculoso (*obs. 31*) que presentaba una fiebre con síntomas gravísimos; la albúmina apareció á la mitad de la 3ª semana, persistiendo tres dias y dando al dosage por el tubo de Esbach de 1 gramo por mil; y el 2º, en que la albúmina aparece el último dia de la enfermedad, coin-

cidiendo con la formacion de un *trombus* y durando dos dias.

En ambos casos la aplicacion de ventosas secas ha hecho desaparecer la albuminuria.

El estado general es el que mas benéficamente está influenciado en esta medicacion. No se observan esos estados tifosos, que eran antes característicos de la enfermedad, ni la agitacion, ni el insomnio, ni los sudores, ni la cefalalgia persistente, etc; fenómenos que se ven todavia en esta época acompañar á los casos tratados por el sistema de la espectacion sintomática.

La convalecencia es franca, las complicaciones casi no se producen. No se ve en los enfermos ni el famoso delirio de hambre, ni el *defluvium capillorum* de los autores, que tan frecuentes eran antes. Se llegaba á dudar de la existencia de una fiebre tifoidea cuando faltaban estos fenómenos en la convalecencia!

Desde el tercer dia de temperatura normal, disminuimos la leche á los enfermos y les hacemos comer carne hervida cortada en pequeños pedazos y humedecida en caldo. Es un alimento que lo toman con placer y al cual hacemos seguir de *un* grano ácido clorídrico medicinal, durante tres dias.

Hemos visto á muchos enfermos así tratados, levantarse de la cama al fin de la primera semana de convalecencia.

Como complicaciones se han producido tres casos de *trombus* y en un cuarto de los casos la dilatacion pasajera del estómago. La albuminuria accidental dos veces.

Caso de muerte—En fin, el único caso de muerte, acaeció en un individuo entrado al décimo quinto dia de enfermedad, en profunda adinamia, temperatura 39°8, pulso 132, débil, casi imperceptible, temblor generalizado á los miembros y á la cara, tos. La enfermedad continúa con pequeñas variaciones hasta el tercer dia de su entrada, oscilando la fiebre durante el 6° y 7° dia entre 38°5 y 37°5, con gran debilidad del pulso y un tinte cadavérico en la cara.

Al 8º dia la temperatura asciende en 24 horas á 39º2, la tos disminuye y á la auscultacion se oyen soplos espiratorios y rales finos en ambas bases de los pulmones.

Por la mañana del 11º dia de entrada y al 26º de la enfermedad el paciente sucumbe con gran dispnea, temperatura de 36º2 y todos los síntomas de una bronco-neumonía doble.

LA GINECOLOGÍA MODERNA

—

EL LIBRO DEL Dr. POZZI

—

Por el Dr. Samuel Gache

—

La ciencia francesa, velando siempre por su crédito y sosteniendo en alto el cetro de su bien adquirida prepotencia universal; lanzando á la discusion hechos y teorias que recorren el mundo para alimentar el espíritu, ávido de luz y de conquistas; produciendo con sus investigaciones fundamentales saludable revolucion que sacude y abate el yugo de doctrinas hasta ayer entronizadas, levanta no solo el nivel intelectual de su país sinó que acumula mayor suma de gloria y de riquezas sobre la raza latina.

Es ella la que mas eficazmente ha contribuido al progreso y al bienestar general, difundiendo con sus sabios las adquisiciones de la clínica y de los laboratorios; y si al momento presente no ocupára la Francia el primer rango entre las naciones, bastaria el bagaje intelectual de sus hombres de estudio para darle justa supremacía.

Cada año queda marcado en la vida de ese pueblo con hechos trascendentales que acreditan la pasada pujanza de sus hijos, acrecientan su prestigio actual y legitiman fundadas esperanzas que son su orgullo y su fuerza.

Es en virtud de esa admiracion sincera que fluye del exámen de los hombres y de los hechos, que los que siguen el

movimiento de sus impulsos generosos contemplan complacidos sus tentativas; y es en nombre de ese altísimo sentimiento que hoy dedicamos estas líneas al *Tratado de Ginecología clínica y operatoria* del Dr. Samuel Pozzi, profesor agregado á la facultad de París, cirujano del hospital Lourcine, presidente de la Sociedad de Antropología y secretario de la de Cirujía.

El libro de Pozzi es la mas ámplia reivindicacion para la ginecología francesa.

Esencialmente francés, aunque ecléctico en virtud de sus tendencias asimiladoras, sienta con verdad y con firmeza los principios innegables en que su amor propio nacional funda merecidamente el honor de iniciativas benéficas para esa rama importante de la medicina. Y tiene razon para ello el ilustre profesor.

¿No han sido acaso franceses los que han inventado y practicado los primeros procedimientos exploratorios y quirúrgicos en ginecología?

Basta recordar que Puzos en 1753 creaba en Francia la palpacion combinada con el tacto como medio de diagnóstico en casos difíciles, y que diez años mas tarde Astruc la recomendaba por su utilidad. Y segun el decir de Schrœder, el procedimiento de Puzos, conocido por Levret y Baudelocque, fué recien despues empleado por Kiwisch, Veit y Holtz. Récamier inventa el grataje de la cavidad de la matriz con un instrumento que aún hoy dia se usa, y hace al mismo tiempo su especulum cilíndrico; Levret emplea el primero la sonda uterina; Desormeaux aplica el endoscópio para el exámen de la uretra; Negrier y Chereau inician el estudio de la patología de los ovarios sobre una base nueva; Jobert de Lamballe hace la operacion de la fístula vésico-vaginal; Alquie inventa el estiramiento de los ligamentos redondos en las desviaciones posteriores de la matriz; Levret y Dupuytren combaten quirúrgicamente los pólipos; Nelaton y Nonat estudian los hematoceles; Amussat estirpa fibromas; Kœberlé (de Strasbourg) abre el abdómen y extrae un tumor fibroso uterino; Velpeau propone la enucleacion de los miomas por la via vaginal y habla al

mismo tiempo de los cálculos uterinos; Sedillot preconiza la hemostasia.

Y no haremos aquí sinó mencionar la técnica de Péan para la histerectomía; su proceder de *morcellement* de los fibromas; el escobillonaje de Doléris; el ligador elástico de Pozzi, su enucleador y sus indicaciones de la histerectomía por cáncer; los trabajos de Richelot sobre la retroflexion; los de Terrier y Picqué sobre la histeropexia; la aplicacion de la electricidad á los fibromas por Apostoli; los de Bouilly, Roux y Bar sobre las desgarraduras del periné; los de Trélat relativos á las salpingitis; los de Terrillon á la laparotomía y su técnica; los de Pajot á las endometritis; las indicaciones anatómicas y quirúrgicas de Tillaux; las de Cornil sobre la anatomía patológica en especial de las metritis y salpingitis; la enteroptosis de Glenard (de Lyon); el reductor de Segond; las investigaciones de Sinety sobre los ovarios, las de Budin sobre el himen, etc.

Esta lijera revista es suficiente para evidenciar la importante participacion que los cirujanos franceses han tomado en la obra de la elaboracion y transformacion de la ginecología hasta erigirla hoy en rama independiente y eminentemente operatoria.

A ello ha contribuido Pozzi como pocos.

El libro que ha publicado recientemente es, como el mismo lo dice, el resultado de varios años de práctica como jefe de un servicio especialmente dedicado á las enfermedades de mujeres, en Lourcine (hospital); y las lecciones profesadas por Pozzi en la facultad de París durante un curso complementario libre de ginecología le han servido de guia para la redaccion de su texto.

Como obra de consulta, la de Pozzi reune todas las indicaciones anatómicas, terapéuticas, operatorias y clínicas que puedan iluminar el diagnóstico, y en este sentido su importancia es inmensa, derivando de esto su superioridad sobre los demás libros franceses y extranjeros publicados hasta hoy sobre la materia, por cuanto Pozzi sin recargar sus capítulos con detalles inútiles ha aglomerado y condensado con habilidad todo lo mas moderno y lo de mas cómoda aplicacion en la cirujía.

En esta época en que las teorías de Pasteur reciben diaria sancion, la antisepsia preocupa á todos los cirujanos como único punto de interrogacion, pues con los procedimientos quirúrgicos actuales las operaciones se simplifican y las dudas solo se conservan respecto de la conveniente ó inconveniente limpieza de las heridas.

El pus es la virgüenza de los cirujanos modernos, repite diariamente Pozzi en su importante clínica: y las heridas que su mano abre cicatrizan por primera intencion.

La antisepsia domina hoy el campo de la cirujía,—y debido á Bouchard ella adquiere merecido valimiento en medicina.

Sin embargo, algunos como Bergmann (de Berlin) la sustituyen por la *asepsia*,—y segun este autor lo ha manifestado en el congreso internacional de ciencias médicas reunido en aquella ciudad en Agosto del corriente año, el método aséptico es excelente en un gran número de casos, pero no es aplicable en las condiciones siguientes: cuando se debe operar sobre partes atacadas de tuberculosis, cuando se encuentra en presencia de supuraciones, flegmones ó gangrena, y cuando se opera en la cavidad bucal, sobre el recto y sobre la uretra.

El método antiséptico es la línea de demarcacion entre la antigua cirujía con sus complicaciones y peligros, y la moderna cirujía con sus triunfos y sus halagadores resultados.

La utilidad de la obra de Pozzi resulta no solo de la vasta erudicion con que ilustra todas las cuestiones de ginecología, sinó tambien de su excelente exposicion, de la claridad con que describe los procedimientos y técnica de las operaciones, y sobre todo, de las opiniones personales del autor.

Pozzi, despues de viajar por Alemania, Austria é Inglaterra, ha podido comparar las diferentes escuelas con la de París, y hombre superior como es, ha asimilado lo mejor. Es así que su tratado de ginecología contiene la última palabra de esta especialidad, á la vez que los tratamientos y métodos operatorios de los mas célebres maestros.

Todos los puntos están dilucidados con la extension que merecen; el interés de la obra se conserva por igual en todos sus capítulos, y su estilo sencillo y correcto hacen su lectura fácil y agradable.

Al recorrer sus páginas se convence el espíritu de la inmensa labor desempeñada por el eminente ginecologista francés. Todo en ella es ciencia: la clínica al lado de la cirujía, la mano del cirujano guiada con rara habilidad destrozando las partes enfermas para restituir la salud al organismo entero.

La tarea que Pozzi se habia impuesto la ha llevado á término feliz como sus antecedentes lo hacian suponer. La escuela francesa, en la que él ocupa el rango prominente á que sus talentos y méritos le dan derecho, ha recibido con su obra un refuerzo considerable que aumentará su autoridad como entidad científica.

El libro de Pozzi no se recomienda, se impone.

Es la reproduccion justa y exacta del balance de la ginecología quirúrgica tal cual se la practica hoy en las naciones de mayor caudal intelectual.

Son estas las impresiones que nos ha producido el libro de nuestro excelente amigo y profesor, el eximio cirujano doctor Pozzi.

Quiera él recibirlas en nombre de justos sentimientos, y aunque solo sea con la bondad que los maestros suelen dispensar á sus discípulos.

Noviembre de 1890.

EXÁMEN DE NODRIZAS

Por el Dr. R. Wernicke
Profesor de Patología general en la Facultad de Buenos Aires

Entre las variadas y múltiples obligaciones que vienen acompañando el ejercicio de la profesion médica, ninguna conozco mas odiosa, y pocas considero mas sérias, que el exámen pericial y dictámen consecutivo sobre las condiciones de un ama de leche.

He tenido oportunidad de examinar muchísimas mujeres que pretendian ser nodrizas; creo conocer el gremio, y me

precio capaz de saber calificar las condiciones de *galactífera* de las postulantes.

Puede sentarse como regla general que la gran mayoria de las mujeres que á nuestro exámen se someten, no son sinó lecheras medianas: y cansado estoy de repetir en las familias que me honran con su confianza, que es ridículo pedir á nuestras nodrizas que sean otra cosa que proveedoras de alimento para un niño de pecho.

En mi práctica (hablo de mas de 1000 exámenes), he sido forzosamente obligado á tener profunda adversion á las que se ofrecen para ejercer la lactancia mercenaria.

Excepciones hay seguramente; podria yo citar muchas, pero el que yo recuerde las excepciones no viene sinó á confirmar mi aserto.

He tenido ocasion de conocer todas (ó casi todas) las imposturas y artificios que las postulantes usan para inducir en error al médico y á las familias.

He visto mujeres con hijos y maridos *prestados*, con partidas de bautismos, de casamiento y de defuncion, con boletas del registro civil y con recomendaciones *prestadas*, *alquiladas ó compradas*, llegando hasta el colmo una candidata que tuvo la desgracia de presentarme un certificado extendido por mí para una mujer que no era ella y cuya filiacion no coincidia en lo mas mínimo con el exterior de la que mi documento traia.

Los falsos informes que dan á sabiendas las nodrizas sobre la edad de sus últimos hijos, son moneda corriente; estamos cansados los que luchamos con nodrizas, de ver niños prodigiosos á cada paso,—por ejemplo, niños que tienen 8 dientes á la edad de tres meses; otros que caminan con ocho.

Por eso aconsejo que no se tomen nunca como nodrizas á mujeres madres de niños muy precoces, ni aquellas que tienen hijos que deben ser de algun Hércules ó Goliat.

Los informes que he podido recojer sobre las enfermedades ó defectos que presenten los hijos de algunas nodrizas siempre me han parecido dignos de la mayor desconfianza; puede ser que alguien me tache de exagerado si sostengo que no debe tomarse como nodriza á mujer alguna cuyo hijo tenga alguna

erupcion. Por más benigna que ésta parezca ó sea, siempre me prueba por lo menos desidia y desaseo consuetudinario en la madre.

He empezado á hablar del hijo de la nodriza antes de hablar de la madre, porque creo muy conveniente por no decir necesario, el que se les presente á exámen. Un muchacho rollizo no puede estar mal nutrido; y creo que en muchísimos casos el exámen del hijo, que cualquiera mujer sensata sabe hacer, puede valer para el público tanto como un informe médico, siempre que pueda eliminarse la sífilis.

En los casos en los cuales el ama declara que su hijo ha fallecido es necesario saber de qué falleció, y proceder á un reconocimiento doblemente rigoroso.

Hay que averiguar en estos casos igualmente á quien daba de mamar la candidata en el tiempo transcurrido desde la muerte de su niño. Si no ha amamantado á otro niño, si se ha conformado con sacarse la leche con pezonera ó dando de mamar á perros, yo acostumbro rechazarlas; la leche se *retira* (*) muy fácilmente de glándulas que no han funcionado normalmente.

Pasando ahora á ocuparme de las condiciones que presenta la mujer que á nuestro exámen se somete no quiero aparecer tan exigente como algunos autores, de los que algunos ponen tanta condicion que parece quisieran con sus exigencias reprimir la lactancia mercenaria.

Así, por ejemplo, para citar solo un autor, transcribo lo que pedia *Vallembert* á mediados del siglo XVI, refiriéndose á las cualidades morales de una mujer que quiera criar: «*Qu'elle* « *soyt diligente, gaye, sobre, chaste, nette, douce, non me-* « *lancolique, non paresseuse, non gourmande, ne fiandre,* « *ne yurogne, non payllarde, ny amoureuse, non sale, ny* « *orde, non cholere, ny despite.*»— ¡Una mujer con tanto defecto menos no será nodriza jamás!

(*) Lenguaje de nodriza.

Sobre las cualidades morales no hablaremos mas; considerando como debemos los médicos, en estos casos, á la mujer solo como galactífera, no nos incumbe entrar en estas apreciaciones.

En vez de citar autores, indicaré lo que mi práctica me ha enseñado.

Raro es que primerizas nos permitan decir si van á ser ó no buenas lecheras; mujeres que hayan amamantado por 3 ó 4 períodos son siempre las que mejor sirven, las que mas fácilmente se clasifican.

No conviene de manera alguna tomar como nodriza á una mujer que no haya pasado tres semanas desde su parto; mejor será siempre dejar pasar 40 dias.

Mujeres que están criando hace mas de 6 meses pueden perder su leche fácilmente; por esta razon no convienen para empezar una crianza.

Para nuestra tierra conviene que una ama no tenga aún 40 años, y no tomaria ni aconsejaria á tomar á ninguna menor de 18 años.

Sobre el color de las candidatas poco tengo que decir; no he visto á ninguna negra que sirviera y tengo aprehension á las de ese color, pues mas del 20 % de las que de ellas conozco son enfermas.

Rubias ó morenas son para mí igualmente buenas; prefiero las vascas é italianas del norte, pero he visto muy buenas lecheras entre las criollas, las francesas, irlandesas, napolitanas, españolas, etc., etc.

Claro es que al examinar una mujer que pretenda ser ama, nos convenzamos que no existe ni existió en ella síntoma alguno de sífilis; no deben hallarse aumentados de volúmen los ganglios de ninguna region, no deben existir cicatrices ni ulceraciones, ni erupciones, ni placas mucosas, ni gomas, ni tofus.

Débense examinar los pulmones, especialmente sus vértices, para eliminar la tuberculosis ó cualquier otra afeccion crónica del aparato respiratorio.

No temo las afecciones valvulares compensadas, pero rechazaria enfermas del aparato urinario.

Los afecciones crónicas inflamatorias del aparato digestivo parecen no alterar la secrecion láctea.

Al proceder á examinar las glándulas mamarias hay que fijarse en sus dimensiones y formas, su consistencia y movilidad.

Toda buena nodriza debe tener pezones bien conformados, sanos, libres de grietas.

No son los senos mas grandes los que mas leche dan; en muchos casos solo se trata de masas de grasa que envuelven una glándula pequeña.

Se sobreentiende que un flemon de la mama, abierto ó no, que un neoplasma, por mas benigno que aparente ser, que cicatrices múltiples y profundas en la mama, nos obligan á sostener que estamos frente á una glándula que no puede funcionar normalmente, y que su portadora no se halla en condiciones de servir como nodriza aunque pueda tratarse tan solo de una inhibicion pasajera.

No puede decirse cual es la dimension menor tolerable para unas mamas que deben alimentar á un niño. He tenido oportunidad de ver cosas sorprendentes: á un niño sacar lo bastante para crecer bien y ponerse gordo, de unas mamas que mas se asemejaban á un saquito de badana con nueces dentro que á otra cosa.

Mamas de buenas lecheras blancas permiten ver al través de la piel una red venosa bien azul; su forma se acerca á la de un hemisferio; al tacto se perciben los racimos glandulares colocados en forma de radios alrededor del pezon; toda la glándula se mueve como una pieza. Al ordeñar salen del pezon 4, 8, 10 chorros de leche que se proyectan á casi un pié de distancia. No puede enseñarse á ordeñar mujeres, hay que practicarlo; y no son las mejores lecheras las que mas fácilmente se ordeñan. Para la mujer lo mismo que para la

vaca, rige el dicho de que *la buena lechera no pierde la leche al moverse.*

La resistencia que las mamas ofrecen al tacto es variabilisima; cuanto mas dura la glándula en funcion tanto mas tiempo hace que no se mama de ella. Las que tienen pecho demasiado duro generalmente son mujeres que juntan leche para engañarnos.

Despues de convencernos del estado de salud de la postulante y del desarrollo de sus mamas como glándulas, tratamos de averiguar la cantidad de leche que la mama segrega. La mejor medida nos la dará siempre el estado de nutricion del hijo del ama. Un poco de práctica permite formarse una idea de esta cantidad; al ordeñar á una mama que segrega mucho será mas fácil conseguir mucha leche que al ordeñar á una que segrega poco.

Fáltanos ahora examinar la leche. He usado diferentes procederes; he abandonado todos los *galactoscopios*, *galactimetros*, *cremometros*, etc. etc. etc, que no pueden usarse sin el control microscópico, y me entiendo hoy dia solo con este instrumento que me permite juzgar con casi completa seguridad de las cualidades de la leche.

Todos conocemos la imágen que se nos presenta en el ocular del microscopio si examinamos una gota de leche.

Vemos sobre un fondo más ó menos transparente infinidad de corpúsculos esféricos fuertemente refringentes que son los corpúsculos de la leche, ó sea pequeñas gotas de grasa rodeadas de una capa de una sustancia albuminoidea,—la membrana haptógena.

El número y las dimensiones de estos corpúsculos varian segun la leche que examinamos. Miden los corpúsculos desde 0,0001 mm. hasta 0,006; puede vérseles una vez cubriendo casi todo el campo visual y otras desparramados aislados en un medio opalino.

Para mi manejo he adoptado en el estudio y clasificacion de la leche la division de *Fleischmann* que distingue corpúsculos, grandes, medianos y pequeños, siendo los medianos de 0,002 á 0,004 mm.

En una buena leche deben prevalecer los corpúsculos medianos; siempre se hallarán algunos grandes y muchos pequeños, pero deben predominar de una manera notable los medianos.

Para dar al lector una idea de la imágen que creo debe verse haré una comparacion. La leche buena presenta en el exámen miscroscópico una imágen parecida á la que produce un puñado de perdigones pateros desparramadas sobre un papel blanco; no deben verse ni balines ni la municion finísima que se usa para las avecillas que se quieren embalsamar.

Los glóbulos grandes aparecen en los primeros dias de la lactancia, los pequeños al fin y en personas débiles, amontonadas formando conglomeraciones mas ó menos grandes y aun encerradas todavia en membranas celulares en el líquido que llamamos calostro, constituyendo los *corpúsculos del calostro.*

Normalmente desaparecen del líquido segregado por las mamas los corpúsculos de calostro del 5º al 15º dia.

La leche que aun tenga los caractéres del calostro no debe tolerarse en mujer alguna que sea nodriza mercenaria.

En algunos casos pueden reaparecer aglomeraciones análogas á los corpúsculos del calostro en mujeres que conciben durante la lactancia.

Para apreciar las cualidades de la leche por el exámen microscópico es necesario hacer el exámen con leche recien estraida; conviene tomar una muestra de una cantidad no menor de varios centímetros cúbicos.

Si se examina leche estraida hace algun tiempo, es regla hallar apelmazamientos de corpúsculos; éstos se forman en la capa de nata que se produce en la superficie del líquido estraído.

Tan importante casi como la uniformidad de las dimensiones de los corpúsculos es su número; en la buena leche si se dispone la gota de manera que se estienda en capa no mas espesa que un glóbulo lácteo, los glóbulos ocupan una super-

ficie sensiblemente igual á la que ocupa el suero en el cual se hallan suspendidos.

Conseguir una capa de leche de ese espesor es muy fácil. Con un pedacito de papel secante ó de filtro se estrae debajo del cubre-objeto todo el exceso de líquido existente.

Leche que contenga fuera de corpúsculos típicos, elementos de otra naturaleza, debe considerarse siempre mala; leche con sangre, leche con pus, no puede ni debe servir para alimentar niños.

Para el exámen de la leche basta un aumento entre 300 y 400 diámetros.

Es muy frecuente oir que la menstruacion imposibilita la lactancia; eso no es exacto.

Dícese igualmente que una mujer embarazada no puede criar; tampoco es exacto esto. Muchas veces se vé que las mujeres pueden criar hasta despues de pasados los primeros cuatro meses de un embarazo sin que por ello sufra el niño; no quiero decir que convenga permitir la lactancia á las embarazadas.

Las nodrizas mercenarias se reclutan entre la gente pobre, gente necesitada, que vive mal, se alimenta mal. No conviene alterar repentinamente el modo de vida de una nodriza; muchas de las amas que se conchavan en nuestras casas aristocráticas pierden su leche por creerse necesario cambiarle sus hábitos, sus alimentos predilectos. No niego la ventaja que ofrece el cambiar la alimentacion burda por una sencilla, fácil de digerirse, racional, pero no debe procederse á la modificacion de una manera demasiado repentina.

Al terminar, dirijo un consejo á los que empiezan á aprender á luchar con las amas. Si es que quieren cumplir con las personas que les encomiendan un exámen de nodriza, harán siempre menos daño rechazando diez mujeres por sospecha que recomendando una que no sea de todo punto aceptable.

Noviembre de 1890.

CLÍNICA QUIRÚRGICA

Del curetaje uterino en la retencion de las membranas

Por el Dr. Luis C. Maglioni

Cirujano del Hospicio de las Mercedes

Recorriendo la obra del Dr. Samuel Pozzi (1) recientemente llegada á Buenos Aires, he visto con satisfaccion que este autor recomienda (cap. III, págs. 194 y 195) el curetaje uterino cuando quedan en la cavidad despues del aborto ó del parto restos de membranas ó de placenta.

Casi simultáneamente he leído un artículo del Dr. Borel, de Lyon, en el mismo sentido (2).

Habiendo tenido ocasion de emplear con éxito este tratamiento en tres casos de mi práctica civil, independientemente de las opiniones de estos autores, me parece oportuno consignar una sucinta exposicion de dichos casos hoy que cirujanos tan carac-

(1) Traité de Gynécologie clinique et operatoire. 1890.

(2) Del curetaje uterino en los accidentes consecutivos al parto y al falso parto, por el Dr. Borel. Traduccion del Dr. Baz y Osa. *Revista Médica de La Plata* números 13, 14 y 15 correspondientes á los meses de Enero, Febrero y Marzo de 1890.

terizados así proceden y hoy tambien que otros cirujanos igualmente caracterizados combaten esta manera de proceder (1).

Obs. 1ª.—El 22 de Noviembre de 1889 fuí invitado por el Dr. Gowland para ver una enferma (Sra. de Ameghino) que asistia en union con el Dr. Amespil en el Caballito. Se creía fundándose en los conmemorativos que dicha enferma habia abortado hacia próximamente un mes, habiendo quedado desde entonces sujeta á hemorragias contra las cuales se habian empleado paliativamente toda la série de hemostáticos conocidos y por fin el taponamiento.

Examinada la enferma arribamos, despues de algunas vacilaciones, á pensar que el aborto no se habia verificado ó por lo menos que éste no habia sido *completo*, quedando en el interior del útero membranas y residuos de placenta más ó menos adherentes, siendo éstos la causa de las hemorragias.

Propuse hacer una exploracion con la cureta, la que á la primera tentativa arrastró consigo, juntamente con coágulos sanguíneos, una materia blanquecina y blandusca de aspecto encefalóideo.

Entonces, previa aceptacion por parte de mis colegas, sin hacer uso del cloroformo por considerarlo innecesario, extraje con la cureta de Récamier una gran cantidad de esa materia, sin ejercer sino una muy suave compresion con el instrumento.

Esta operacion la practiqué alternándola con lavajes intrauterinos antisépticos, hasta que la cureta salia ya limpia, es decir, apenas teñida de sangre.

Al dia siguiente, 24 de Noviembre, repetí la misma operacion y otro tanto hice en los dias 25 y 26.

El 27 la hemorragia se habia detenido completamente y la cureta ya no extraia nada de particular.

La enferma quedó curada.

Obs. 2ª—El 1º de Febrero de 1890 tuve ocasion de asistir

---

(1) Véase *Revista General de Ciencias Médicas* de Susviela Guarch, año 1890, número 4 págs. 55 y 56 y núm. 7 págs. 108 y 109.

á la esposa de un profesor de nuestra escuela de medicina, afectada de una metritis á consecuencia de un aborto reciente, cuyos productos no me fué dado examinar.

Practiqué en tres sesiones con 24 horas de intervalo un curetaje suave combinado con lavajes intra-uterinos antisépticos, y la enferma curó en pocos dias sin el menor accidente.

Obs. 3ª—Leonie N... modista, de 19 años de edad, domiciliada en la calle de Belgrano número 840, estaba embarazada de cuatro meses. Abortó el 29 de Agosto de 1890. Cuando acudí por vez primera á ver á la enferma me encontré con el feto expulsado. Sabido es que en esta época del embarazo el feto sale generalmente solo, quedándose la placenta en el útero. El cordon en estos casos es un filamento muy débil y á la menor traccion se corta. Lo corté, pues, no sirviéndome para nada.

Resolví atacar inmediatamente á la placenta con el fin de extraerla de la cavidad uterina, pues su permanencia en ella generalmente es causa de hemorragias y de septicemia.

Apliqué el especulum y mediante algunos lavajes y curetajes extraje un pequeño fragmento de placenta. El resto lo dejé para los dias sucesivos, caso de que no se espulsase espontáneamente. En dos sesiones mas, es decir, en tres dias conseguí limpiar totalmente la cavidad uterina.

La enferma mejoró rápidamente como las dos anteriores.

Reflexiones—Creo con Pozzi y con Borel y en contra de las opiniones de Budin, Eberhart y Winckel, que este procedimiento es escelente y destinado á dar los mejores resultados siempre que se empleen la moderacion y la antisepsia.

No hay que apurarse en pretender extraer la totalidad de la placenta en una sola sesion. No hay que violentar para nada la mucosa uterina en sus adherencias con estos órganos accidentales.

Es muy distinto, en mi concepto, este curetaje del que se emplea en las metritis, en donde hay necesidad de raspar la mucosa uterina. En los casos de aborto me parece hasta impropio el término, pues en realidad lo que se hace ó por lo menos lo que debe hacerse, no es el curetaje uterino sino el cure-

taje de la placenta. Lo que propiamente se hace con relacion al útero es su limpieza ó si se quiere su *limpiaje*, dejando tranquila é indemne á la mucosa que no necesita generalmente de intervencion.

Buenos Aires, Octubre de 1890.

TERAPÉUTICA

Nuevos hipnóticos—El metilal y el hidrato de amilo

(Por Regnier)

(Traduccion)

El metilal descubierto en 1839 por Malagutti, pertenece, como el hidrato de amileno, á la série etilílica. Su fórmula es $C^3H^8O^2$.

Es un líquido incoloro, refringente, cuyo olor recuerda el del éter y cloroformo, de un sabor fresco y lijeramente quemante. Su densidad es de 0.8551. Hierve á 42º, se evapora con mas rapidez que el éter, pero goza como el cloroformo de la propiedad de inflamarse difícilmente, lo que permitirá tal vez, aplicado sobre la piel, poder ser utilizado como anestésico local. Ninguna investigacion se ha hecho todavia en este sentido.

La preparacion del metilal es facilísima; se le obtiene haciendo obrar la potasa sobre el formetal. Químicamente es un acetal.

El metilal empleado como hipnótico ha sido poco usado y tal vez se ha abandonado demasiado pronto. P rsonali comunicó

el primero, en 1855, á la academia de ciencias de Turin, una nota sobre la accion fisiológica de esta sustancia y de sus propiedades hipnóticas. En una memoria publicada algun tiempo despues consignó el resultado de sus experiencias y anunció que todos los animales sometidos por él á la accion del metilal por la via cutánea, por la via gástrica ó pulmonar, se habian mostrado sensibles á dosis variables de 1 á 5 gramos por kilógramo del animal. El sueño obtenido es profundo, se acompaña de suspension de los reflejos, de disminucion de frecuencia, pero aumento de la amplitud de la respiracion, aumento del número de los latidos del corazon con descenso de la presion arterial y de una atenuacion de la actividad de los cambios nutritivos.

La propiedad mas interesante que Personali dió á conocer es el antagonismo de esta sustancia con la estricnina. Ha logrado en animales envenenados con esta última, detener las convulsiones é impedir la muerte.

Los trabajos se habian hecho únicamente sobre animales. El 24 de Enero de 1877, Mairet y Combensale comunicaron á la academía de ciencias el resultado de sus investigaciones sobre animales y en el hombre.

A dosis elevadas, en los animales (2 gramos por kilógramo de animal) se producen fenómenos con dos fases sucesivas muy netas.

En la primera: decaimiento con somnolencia y fenómenos paralíticos marcados sobre todo en la parte trasera del animal; hiperescitabilidad muscular y á veces sacudidas convulsivas en los miembros, dilatacion de la pupila, descenso de la temperatura, aumento de la frecuencia del pulso, dificultad de la respiracion que es frecuente y se hace en varios tiempos. Dos ó tres horas despues sobreviene la segunda faz, caracterizada únicamente por el sueño. Los otros accidentes han desaparecido. El sueño bastante prolongado, puede durar cinco ó seis horas; al despertar, las orinas, suprimidas durante el sueño, reaparecen; el animal permanece atontado, sin iniciativa, sin apetito; durante algunos dias enflaquece, pero poco á poco vuelve á su estado normal.

La muerte ha tenido lugar en algunas experiencias. Se ha

encontrado en la autopsia el bulbo y el encéfalo congestionados, hemorragias puntiformes en el tejido pulmonar, cardiaco y hepático, congestion de la sustancia cortical de los riñones.

Cuando se emplean dosis mas débiles (25 á 50 centígramos por kilógramo de animal), no se producen accidentes notables; el sueño viene rápidamente, sobre todo cuando es administrado por la via subcutánea ó pulmonar; por la via gástrica la accion es mas lenta, parece un poco mas prolongada. Siendo las experiencias sobre los animales alentadoras, Mairet y Combemale ensayaron los efectos del metilal en 41 casos de insomnio en alienados, repartidos en 16 locuras simples, 12 demencias consecutivas á alienacion funcional, 3 locuras alcohólicas, 3 demencias por ateromacia y 7 parálisis generales. La dosis varió de 5 á 8 gramos.

Sin efecto en la locura alcohólica, así como al principio de la demencia simple, este medicamento, que su gusto etéreo y su gran solubilidad en el agua lo hacen de un fácil manejo, pareció dar buenos resultados en el período de estado de las locuras simples, en el insomnio, en la demencia por ateromacia y en la parálisis general. No dió resultado en cuatro casos de excitacion maniaca entre las manos de Lemoine, quien parece haber encontrado mas efectos depresivos sobre el corazon y la tension vascular que efectos calmantes é hipnóticos. La accion del metilal es, pues, infiel y el sueño que produce no es durable, y se establece rápidamente el hábito. Mairet y Combemale dicen que han empleado sin inconvenientes dosis de 5 á 8 gramos, y Lemoine ha visto accidentes cardiacos y síncopes con 5 gramos y recomienda para evitar peligros no pasar la dosis de 3 gramos, pero si esta dosis es inútil, pues ni calma, ni produce el sueño, es por eso que ha caido en olvido, pero este abandono no nos parece justo. Nuevas investigaciones son necesarias y en todo caso falta aún explotar sus propiedades anestesiantes, cosa que nadie ha hecho y que son tal vez utilizables.

La accion del hidrato de amileno es mas enérgica. En 1887 von Meriny y Thierfelder en el curso de experiencias sobre la eliminacion de los alcoholes terciarios, notaron por la primera vez que esta sustancia provocaba somnolencia en perros y

conejos. Meriny la estudió y comprobó que inyectada en conejos á dosis de 2 á 4 gramos, y en perros á la de 8 gramos producia un sueño profundo y la insensibilidad á las excitaciones, etc. El animal estaba como muerto, los movimientos respiratorios persistian, así como los latidos del corazon sin modificaciones apreciables.

Las experiencias demostraron además que salvo á dosis excesivas el hidrato de amileno no hace descender la presion arterial, y que no tiene influencia sobre la médula ni el bulbo sinó despues de la ingestion de grandes cantidades á que no se necesita llegar en las prescripciones.

De 60 enfermos en que Meriny experimentó, dos padecian afecciones cardiacas, habia un alcohólico, anémicos, convalecientes, tísicos, febricientes, etc. En casi todos 3 á 5 gramos bastaron para provocar un sueño de 5 á 6 horas.

Lehman que ensayó el hidrato de amileno en 26 alienados ha notado que 2 á 5 gramos producen el sueño á los diez ó quince minutos. El sueño es profundo; despertando á los enfermos no tardan en volver á dormirse. El sueño dura de 6 á 8 horas.

Ningun inconveniente vásculo-motriz se ha originado en los enfermos en que se ha empleado. Lehman ha observado un lijero malestar y opresion pasajera en algunos pacientes, pero en general la administracion de este medicamento no causa ningun inconveniente. Los resultados de otros experimentadores son los mismos y prueban que su accion es un poco mas débil que la del cloral; pero tiene sobre éste la ventaja que se puede dar, como lo ha demostrado Buschan, durante largo tiempo á la dosis de 4 gramos sin temor de accidentes, sin que se establezca tolerancia notable. Responde, pues, á lo que se requiere de un buen hipnótico; merece ser experimentado en mas grande escala; y los resultados que ha dado en los alienados son bastante satisfactorios para animar á utilizarlo en varias circunstancias.

CUADRO CLÍNICO

presentado á la Academia de Medicina de París, por el Dr. Francisco Cobos

---

El Dr. Francisco Cobos, antiguo agregado á la clínica médica de Buenos Aires, ha presentado á la Academia de Medicina de París, por intermedio del profesor Peter, el *cuadro clínico* de que es autor.

Este cuadro, conocido ya, y utilizado en la clínica, ha sido considerablemente aumentado por el Dr. Cobos, de tal manera que llena todas las exigencias de una buena anotacion para el conocimiento gráfico de la marcha de la enfermedad.

El profesor Peter comunicó á la Academia la descripcion del cuadro en cuestion, con las siguientes palabras:

M. Peter tiene el honor de presentar á la academia en nombre del autor, Dr. Francisco Cobos, de la República Argentina, dos cuadros. El uno (modelo núm. 1), puede servir á las clínicas médicas y quirúrgicas, y presenta los cuadros termométrico, de la respiracion y del pulso.

Se ven en él los trazados esfigmográficos normales, á los cuales puede oponerse el trazado esfigmográfico anormal. Hay, además, columnas que permiten inscribir las modificaciones patológicas de la orina.

El otro cuadro (modelo núm. 2), está especialmente destinado á la clínica médica, é independiente de las curvas termométricas, así como las de la respiracion y el pulso, se ven cortes esquemáticos del encéfalo, bulbo y médula, figuras esquemáticas del corazon y de sus válvulas, así como de la aorta y de la arteria pulmonar, de las vísceras torácicas y abdominales, sobre cada uno de cuyos puntos se puede gráficamente dibujar los signos físicos denunciadores de las lesiones.

Sobre estos cuadros hay columnas destinadas á recibir la observacion diaria de la enfermedad, de manera que se puede tener todo á la vez sobre estas hojas, la observacion del

enfermo y la representacion gráfica de los signos físicos y químicos que revela la afeccion.

Estos cuadros son, en resúmen, en su conjunto mas saltante la síntesis de la semeiótica clínica.

DOCTOR PETER.

REGLAMENTO

Para el Concurso Nacional de Ciencias Médicas que el «Círculo Médico Argentino» celebrará en el año de 1891

El «Círculo Médico Argentino» procediendo de acuerdo con las bases I y V y título XI de sus estatutos;

RESUELVE:

Artículo 1º—Celebrar un Concurso Nacional de Medicina en el año próximo de 1891.

Art. 2º—Los trabajos que se presenten á este concurso deberán consistir en memorias inéditas que se refieran exclusivamente á medicina nacional, pudiendo tambien presentarse preparaciones anatómicas, piezas patológicas y plásticas, preparaciones microscópicas ó instrumentos y útiles de aplicacion á la medicina y á la cirugía, que no hayan sido dados á conocer al público antes de su presentacion al certámen.

Art. 3º—Los premios serán cuatro y consistirán en:

1º Una medalla de oro, que no podrá exceder de media onza de peso efectivo, y se denominará: Primer premio;

2º Una medalla de plata del mismo peso que la anterior que se denominará: Segundo premio;

3º Una medalla de cobre que se denominará: Tercer premio;

4º Un diploma de honor que se denominará: Cuarto premio.

Art. 4º—Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso: «El Círculo Médico Argentino á N. N.», y en el reverso: «Concurso del año 1891—Premio al mérito».

Art. 5º—Los premios de que habla el artículo 3º, incisos 1º, 2º y 3º, irán acompañados de los correspondientes diplomas en pergamino, y firmados por el Presidente y Secretario de la asociacion, y Presidente, Secretarios y miembros del Jurado.

Art. 6º—Los que quieran tomar parte en este concurso, sean ó no sócios, presentarán sus trabajos antes del 1º de Mayo de 1891, en la Secretaría de la asociacion.

Art. 7º—Las memorias serán anónimas y llevarán un lema, sin que se deduzca por algo su procedencia, é irán acompadas de un pliego cerrado con igual lema al de la memoria, en el que constará el nombre del autor y su residencia.

Art. 8º—Las preparaciones, aparatos, etc., vendrán embalados, sin nombre del autor, y acompañados de una memoria explicativa de la pieza, etc., y un pliego cerrado en donde constará el nombre del autor y su domicilio; este pliego cerrado llevará la misma marca que el embalaje.

Art. 9º—El jurado encargado de examinar los trabajos y adjudicar los premios, se compondrá de siete miembros que serán elegidos por la asamblea de una lista de veinte personas de reconocida competencia, que le será presentada por la Comision Directiva.

Art. 10—La asamblea nombrará de entre los miembros de la Sociedad dos Secretarios para el Jurado.

Art. 11—El Jurado será constituido en presencia del Presidente de la asociacion, el cual hará entrega al mismo de los trabajos qne se hayan presentado, reservando los sobres que contengan los nombres y domicilios de los autores, para ser abiertos en el seno de la Comision Directiva, despues que se expida el Jurado.

Art. 12—El *quorum* para las reuniones del Jurado será compuesto de cuatro de sus miembros.

Art. 13—Para el estudio de los trabajos el Jurado nombrará

comisiones de sus miembros, las que deberán presentarle informes escritos sobre el mérito de aquellos. Cada una de estas comisiones tendrá por cometido estudiar y dictaminar sobre el valor de todos los trabajos del concurso.

Art. 14—Expedidas todas las comisiones parciales y leídos todos los trabajos en presencia del Jurado, éste discutirá la importancia de los temas, el valor de las cuestiones que abarquen, su forma, su extension y su carácter nacional.

Art. 15—Discutidos los trabajos, el Jurado, teniendo en cuenta el mérito absoluto de los mismos, acordará ó no los premios establecidos en el artículo 3º.

Art. 16—El informe que el Jurado presente á la comision directiva debe contener todos los detalles relativos á los trabajos del concurso, así como los fundamentos de su fallo.

Art. 17—El Jurado deberá expedirse antes del 1º de Junio de 1891.

Art. 18—La distribucion de premios tendrá lugar el dia 29 de Junio de 1891, aniversario de la fundacion del «Círculo Médico Argentino».

Art. 19—Las memorias premiadas pasarán á la Biblioteca de la asociacion, y serán destinadas al Museo de la misma, las piezas anatómicas, aparatos, etc.

Art. 20—Los trabajos que no resultasen premiados, conjuntamente con los pliegos cerrados que contienen los nombres de sus autores, quedarán á disposicion de éstos en Secretaría.

Art. 21—Solicítese de la prensa de la capital y del interior, la insercion de esta resolucion, y publíquese en «Los Anales del Círculo Médico Argentino».

Buenos Aires, Julio 25 de 1890.

JULIO MENDEZ.

Armando Claros—Luis Beaufrére

Secretarios.

VARIEDADES

—

Muerte producida por la cocaina:—Estractamos de un artículo de P. Dubois, el caso siguiente que prueba que la cocaina es una sustancia que debemos emplear con muchísima reserva. El accidente ha ocurrido en Lille (Francia) en casa de un dentista.

La víctima tenia 29 años, bien constituida, temperamento nervioso. Con el objeto de extraer tres raices, hizo el dentista tres inyecciones, suponiéndose que la dosis de cada una de ellas fué de 2 centígramos. Al principio nada de anormal: el operador habíase retirado momentáneamente en busca de agua; cuando volvió la encontró inmóvil. Se ensayaron todos los medios, revulsiones, respiracion artificial, etc, sin resultado.

La historia no nos dice cuánto tiempo despues de la inyeccion se produjo la muerte, ni los fenómenos que la precedieron.

Con motivo de este caso el Dr. Dubois hace estas reflexiones: un cierto número de muertes han resultado del empleo de la cocaina, pero no conocíamos hasta ahora ninguna imputable á un dentista. A pesar de estos, multitud de accidentes graves, de síncopes, de trastornos de la inervacion, de la motilidad, se han producido despues de dosis débiles, (25 centígramos.) y algunas veces la forma de los accidentes ha causado inquietudes graves al enfermo, á los acompañantes y al práctico mismo.

Esta eventualidad exige las mayores precauciones. *Vale más para el enfermo y para el cirujano hacer las extracciones sin anestesia ó practicarlas por otros medios*, que causar un acceso de histeria, trastornos cardiacos inquietantes, etc.

No se debe olvidar que la accion no es local, y que se complica con fenómenos generales que ya hemos mencionado.

Esperamos, dice Dubois, que este hecho nos hará mas prudentes, y que la cocaina se empleará á muy pequeñas dosis y *lo menos á menudo posible*.

Nosotros somos de opinion, que una sustancia que produce 39 % de accidentes (estadística de Preterre), benignos ó graves,

y que en otros muchos su efecto anestésico es nulo, debe abandonarse por completo en las estracciones dentarias.

Medio de impedir el moho—Para impedir que los instrumentos se *tomen*, bastará sumergirlos en una solucion de carbonato de potasa durante algunos minutos, y no se tomarán durante varios años, aun cuando estén espuestos en una atmósfera húmeda.

Modo de limpiar las jeringas—Las jeringas hipodérmicas ú otras obstruidas de manera á no dejar pasar un hilo metálico fino, pueden limpiarse teniéndolas un momento en la llama de una lámpara de alcohol. La sustancia estraña será destruida ó expulsada, y el instrumento podrá funcionar inmediatamente. Cuando un hilo metálico se ha enmohecido en la aguja, se sumergirá la punta de ésta en aceite, despues aproximándola á la llama será muy fácil sacar el hilo.

Se puede aspirar por una punta de la aguja el aceite, calentarla, lo que quitará el moho interior y se lava despues con alcohol.

FORMULARIO

Wattkins usa contra el *bócio exoftálmico:*

Picrotoxina ..... 2 milígr.
Estracto acuoso de cornezuelo de centeno.... 10 centígr.
M. Para un píldora. Tomar tres iguales por dia.

Winternitz emplea tambien contra el *bócio exoftálmico,* lo siguiente:

Ergotina ..... } aã
Sulfato de quinina ..... } 5 gramos
M. Hacer 50 píldoras. Tomar tres ó cuatro por dia.

Randolph combate los *vómitos incoercibles de la preñez*, con esta preparacion:

Creosota de haya	10	gotas
Ácido fénico	20	»
Sulfato de morfina	6	centígr.
Agua destilada	30	gramos

H. s. a. Tomar dos ó tres cucharadas de las de café cada media hora.

Bonne emplea contra *las costras y fisuras de las narices*, esto:

Pomada al precipitado blanco	aa
Vaselina boricada	10 gramos
Oxido de zinc	5 »
Acetato de plomo	25 centígr.

M. Uso externo.

Thör, se sirve de esta preparacion para combatir la *fetidez de la boca:*

Sacarina	aa
Bicarbonato de soda	1 gramo
Acido salicílico	4 gramos
Alcohol	200 »

H. s. a. Mezclar varias gotas de esto en un vaso de agua y hacer gargarismos.

Bajo el nombre de *pomadas refrescantes*, Unna designa mezclas de grasa y agua que, aplicadas sobre la piel, estravasan, por la evaporacion contínua del agua, una cierta cantidad de calor y que, por esta razon, pueden ser empleadas con ventaja contra las afecciones congestivas é inflamatorias de la piel (quemaduras, acné, eczema, lupus, etc).

Hé aquí la fórmula de la pomada refrescante simple:

Lanolina	10	gramos
Axungia benzoinada	20	»
Agua destilada de rosas	20	»

M. Uso externo.

Los 20 gramos de agua de rosas se pueden sustituir por igual cantidad de agua de cal, estracto de Saturno, segun los casos; y los 20 gramos de axungia por igual cantidad de pomada de zinc benzoinada.

He aquí la fórmula de una pomada refrescante al ictiol.

Lanolina.....	10	gramos
Axungia benzoinada.....	20	»
Agua destilada.....	24	»
Ictiol.....	6	»

M. Uso externo.

El Dr. Tcheltzow (de San Petersburgo) emplea contra las *otitis medias supuradas*, la siguinte fórmula de *Styrona*:

Styrona líquida.....	1 gramo 25 centig.	
Alcohol.....	30	»

M. Poner una cucharada de postre de esta solucion en un vaso de agua y hacer dos ó tres inyecciones por dia.

La Styrrona, agente antiséptico, llamada tambien *alcohol cinnámico*, es una parte constituyente de los stirax líquidos y de los bálsamos del Perú y de tolú. Hay dos especies de ella: una cristalina y otra liquida.

Año XIII—1890 BUENOS AIRES Tomo XIII—Nº 12

Anales del Círculo Médico Argentino

DICIEMBRE DE 1890

INGERTO DENTARIO

Por el doctor Nicasio Etchepareborda

El ingerto dentario tiene por objeto hacer revivir á un diente que ha sido separado del organismo, en un alveolo propio ó estraño, natural ó artificial. (1)

Comprende tres procedimientos: la reimplantacion, la trasplantacion y la implantacion.

La reimplantacion consiste en reponer en su alveolo á un diente que ha perdido sus conexiones naturales. Se le ha dado tambien el nombre de ingerto por restitucion.

La transplantacion, ó ingerto por sustitucion, significa la insercion, en el alveolo vacio de una persona, de un diente que perteneció á otra (trasplantacion heteroplástica) ó de la misma, extraido de un punto de la boca para ser colocado en otro (transplantacion autoplástica).

La implantacion tiene lugar cuando en un alveolo practicado artificialmente en el espesor de los huesos maxilares, se adapta un diente de la misma persona objeto de la operacion, ó de otra.

Contribuirán á aclarar estas definiciones, que por la semejanza de su denominacion se prestan á confusiones y á hacer resaltar la diferencia que entre ellas existe, los casos prácticos siguientes:

X. doctor en medicina, 32 años, bien constituido, vino á

(1) Los dientes pueden ingertarse en otros medios que el alveolo, por ejemplo en la cresta de un gallo, etc; pero nosotros nos referimos solamente al ingerto humano.

pedirme le extrajera la primera bicúspide superior izquierda porque le ocasionaba una osteo-perióstitis que resistia á todos los medios terapéuticos. Los fenómenos se manifestaron despues de una orificacion. Efectuada la extraccion, me apercibo que el canal habia sido obturado con oro y que un fragmento de éste sobresalia como un milímetro del vértice de la raíz. Hice la reseccion de la extremidad radicular que estaba necrosada, y con las precauciones de práctica coloqué nuevamente la pequeña molar en su sitio. Es este un caso de reimplantacion.

Un niño de nueve años recibe de un caballo un golpe que, entre otras consecuencias, le produce la luxacion de los dos incisivos centrales superiores; uno de ellos habia perdido en parte sus relaciones con el alveolo, al otro lo traían en la mano. Puse á ambos dientes en su situacion normal, los fijé durante dos semanas y se consolidaron perfectamente. Es otro caso de reimplantacion.

Acababa de practicar á una señorita de 16 años la extraccion de la primera pequeña molar superior derecha, sana, para corregir la irregularidad de sus dientes; un momento despues, un médico amigo, el Dr. G., me visita por un sufrimiento dentario. La extraccion estaba indicada. Propúsele la sustitucion inmediata por la muela de la señorita, y de cuyos buenos antecedentes estaba completamente seguro; no aceptó por temor á la perióstitis consecutiva. La operacion que yo pensé efectuar era una transplantacion heteroplástica.

Andrieux es consultado por una cárie de un canino superior en muy mal estado; en el momento de extraerlo, vé que la enferma tenia un canino supernumerario en el maxilar inferior; lo saca y lo coloca en el sitio que ocupaba el canino superior. Es un caso de transplantacion autoplástica.

Jounger, autor de la implantacion (1), asistió el 31 de Enero de 1885, á una señora á la que le arrancó una bicúspide, que la señora conservó en una alhajera. En Marzo de 1886 volvió á ver á Jounger solicitando la reimplantacion de su

(1) Segun Pinel, esta operacion ha sido practicada por primera vez en Francia hace mas de veinte años, por Buig y Colignon, quienes la abandonaron por no obtener buenos resultados.

muela. El primer impulso de Jounger fué reirse del disparate, y declaró la operacion imposible; pero inspirado por una reflexion de Hunter sobre la vitalidad de los tejidos, citó á su cliente para otro dia, y en presencia de uno de sus colegas hizo una excavacion en el alveolo ya cicatrizado, y prévia desinfeccion del diente lo ingertó, quedando muy satisfecho de su adaptacion. Por una imprudencia de la señora el órgano sufrió una lijera luxacion pocos dias despues, la encía se irritó, etc; atendida oportunamente curó, y el diente nuevamente se consolidó. Es este un caso de implantacion, y el primero que ha practicado Jounger.

El ingerto dentario, una de las mas altas cuestiones de la cirujía de la boca, ha tenido muchos impugnadores y celosos defensores; la cuestion no está agotada, pues aún hoy se discute la transplantacion, y la implantacion suscita las mas vivas controversias.

No sucede así con la reimplantacion erigida en método, cuyo valor nadie pone en duda, desde los notables trabajos de Coleman en Inglaterra y de Magitot en Francia, para la curacion de la perióstitis alveolar crónica.

No puede asegurarse quien ha sido el primero que ha practicado operaciones de esta especie, pues datan de épocas muy remotas.

Hipócrates hace mencion de la reimplantacion; ocupándose de la fractura de los maxilares dice que los dientes luxados deben volverse á su sitio y ser mantenidos con ligaduras.

Albucasis (siglo XI) habla en sus obras de la transplantacion, si bien algunos autores creen que solo se ha referido á casos de prótesis con dientes naturales.

Ambrosio Paré (siglo XIV) fué el primero en describrir la transplantacion, aunque él no la practicó, y Hunter en formular sus indicaciones.

Pedro Dupont, en la primera mitad del siglo XVI, realizó quirúrgicamente la reimplantacion. Consultado por un enfermo que sufria violentos dolores, extrajo el diente que los

motivaba; tuvo la idea de reimplantarlo, lo que hizo con éxito feliz, y dado el resultado obtenido la constituyó en método de curacion para casos análogos, á fin, decia, de interceptar las comunicaciones nerviosas. Algun tiempo despues Baurdet la proponia para los dientes difíciles de obturar, y á fines del siglo pasado fué una operacion tan corriente que en Francia Mouton (1744), practicó la reimplantacion de dos dientes temporarios; Leclusi (1755) dice haberla realizado en trescientos soldados y en ochenta pobres; Fauchard (1786), hablaba con precision de sus complicaciones y del tratamiento de ellas; en Alemania desde Schelhammer (1780), era un procedimiento comun para la obturacion de las cavidades poco accesibles; en Italia un médico cuyo nombre se ignora por ser su libro anónimo, extrajo un diente muy cariado y reimplantó la raiz provista de una corona de un diente natural fijado á aquella por un pivot de oro, operacion que ya Bourdet habia hecho; y por fin, en Filadelfia, Lemayeur de 1785 á 1786, efectuó con buen resultado ciento setenta transplantaciones.

En los principios de nuestro siglo el ingerto cayó en desuso, combatido con energía por Serrê, Garriot, Oudet, etc, que sin negar la posibilidad de la consolidacion lo acusaban de originar complicaciones graves del lado de los maxilares. Magitot mismo, en 1858, fué su adversario.

Los principales ataques se dirigieron contra la transplantacion. Wattson, Litson, Khun y otros, citaron casos de transmision de la sífilis; fué tambien considerada una operacion inmoral y se llegó á pedir en Francia la aplicacion del artículo del Código Penal relativo á mutilaciones y sevicia, (David), pues se echaba mano para obtener dientes de niños pobres, saboyanos generalmente. Otra de las objeciones que le hacian era la dificultad de volúmen y forma de la raiz, en relacion con el alveolo á que el diente estaba destinado.

El año 1820, Delabarre hizo una reimplantacion practicando por primera vez con fin curativo la reseccion de la porcion enferma en un diente afectado de perióstitis. Mas ó menos en esta época, Wisseman y Mittcherliz en Alemania hacian estudios experimentales de la cuestion que nos ocupa; Taff, Keep, Watters la estudiaban en los Estados Unidos, y Coleman en

1870 comunicaba á la Sociedad Odontológica de la Gran Bretaña el resultado de catorce reimplantaciones, de las que nueve tuvieron éxito completo. Magitot, mas feliz que Coleman, obtenia poco despues 92 por ciento de buenos resultados.

Alentados por estos, otros cirujanos la repitieron, Anger, Pean, etc., y es sabido que la última operacion que hizo Broca, fué una reimplantacion dentaria en la persona de un diputado amigo suyo.

En Buenos Aires esta operacion ha sido practicada hace mas de quince años; conozco dos casos que conservan desde este tiempo dientes reimplantados.

En cuanto á la implantacion, su historia empieza ayer. Ideada por Jounger en 1886 (véase la nota 2ª), tiene ya muchos partidarios en Estados Unidos; Cunningan en Inglaterra es su defensor, y en Francia mi amigo Meug. La Sociedad Odontológica de París, en su sesion del 5 de Abril de 1887 la condenó.

Hemos visto en el Congreso Internacional dentario celebrado el año pasado en París, un diente implantado por Meug, en buen estado de consolidacion; y en el que acaba de tener lugar en Berlin, Jounger ha llamado preferentemente la atencion por sus operaciones de implantacion, presentando un sujeto al cual ha implantado diez dientes anteriores. Sin embargo, los autores hablan de la implantacion con mucha reserva, y mientras Jounger dice que obtiene 85 por ciento de éxitos, otros limitan esta cifra á un 15 por ciento. Falta aún tiempo para pronunciarse sobre esta operacion de una manera definitiva; no la hemos ensayado por falta de sujeto que se prestara á ella, y estamos tambien poco animados á efectuarla porque la mayor parte de las historias que de ella hemos leído no son muy favorables, pues los dientes por un motivo ú otro han caído mas ó menos tarde.

Los dientes se nutren y viven por la pulpa y el periostio, pero pueden vivir sin pulpa, y como lo demostraremos mas

adelante, la integridad del periostio, que se consideraba como el *sine qua non*, no es indispensable para garantir el resultado de un ingerto dentario.

Algunos autores fundándose en experiencias y en casos clínicos sostienen que estando los dientes ingertados con pulpa sana, ésta puede continuar viviendo; otros lo han puesto en duda, y hasta lo han negado.

La fisiología enseña que la mayor parte de los tejidos se regeneran con prontitud; un nervio cortado recupera sus funciones, y se necesita segun Beclar una pérdida de sustancia de dos á tres centímetros para que no suceda; en cuanto á la regeneracion de los vasos está plenamente demostrada, llegándose á afirmar el restablecimiento de la circulacion en vasos de mediano calibre.

Wisseman extrajo á un perro un diente y lo reimplantó. La consolidacion se hizo en muy pocos dias; dos meses despues el animal fué sacrificado, y el exámen de la pieza demostró: « que la parte de la raíz situada fuera del alveolo adheria fuertemente á la encía, numerosos vasos hechos aparentes por una inyeccion muy fina, se dirigian de ésta al periostio. En el vértice de la raíz, un vaso grueso lleno de sustancia de la inyeccion iba manifiestamente del fondo del alveolo al interior del canal radicular, adonde se le pudo seguir hasta su bifurcacion. Era bien evidente que se dirigia á la pulpa, la cual estaba íntegra. Esta pieza se conserva aún en el museo de Bonn ». (David).

Es análoga la experiencia de Mittcherliz; el diente conservó su coloracion y la pulpa mes y medio despues se presentó sana á la observacion del autor.

Philippeaux ha demostrado que dientes de desarrollo incompleto, reimplantados ó trasplantados, han vivido y se han desarrollado en su nuevo medio, y Magitot y Legros han obtenido el mismo resultado en dientes y en folículos.

Hasta ahora hemos citado experiencias en animales; los defensores de la persistencia de la vitalidad de la pulpa se apoyan tambien en observaciones hechas en el hombre.

Para corregir la desviacion de un diente, David lo arranca y lo reimplanta; el diente se consolida, pero fuera de nivel;

lo vuelve á extraer y á reimplantar á los dos meses de la primera operacion, y se cerciora de la integridad de la pulpa. En el caso de Gest se trataba de una bicúspide superior que extrajo por una odontalgia; la reimplantó. Tres meses despues vióse obligado á extraerla nuevamente por la recidiva de los dolores, encontrando á la pulpa denudada y sensible á la presion. Buquot ha referido un caso de reimplantacion datando de 25 años: Ronnet otro de 27; en ninguno de los dos se extirpó la pulpa ni se hizo la reseccion radicular.

Los hechos citados parecen probar que la pulpa puede continuar viviendo en dientes ingertados; hacemos notar que el microscopio no ha intervenido y creemos que este instrumento es el llamado á resolver la cuestion. Las experiencias de Fredel que muy pronto citaremos contradicen por completo las de Wisseman y Mittcherliz.

Todos los clínicos habrán podido observar que en dientes luxados y sin ser luxados que reciben una fuerte contusion la pulpa frecuentemente muere, traduciéndose bien pronto el hecho por el cambio de coloracion del diente.

Si la conservacion es posible debe ofrecer mayores probabilidades de éxito cuanto mas jóven es el sujeto, porque la pulpa á medida que el hombre avanza en edad disminuye de volúmen y degenera para quedar reducida en la vejez á un simple cordon atrófico que á veces desaparece por completo, y además porque los fenómenos vitales son mas activos en las primeras épocas de la vida.

El rol del periostio es muy importante y en la inmensa mayoria de los casos el actor principal. Desde Hunter se habia comprobado que el periostio de dientes ingertados estaba en activa comunicacion vascular con el alveolo y la encía.

La manera cómo actúa el periostio es aun un punto en discusion; se sostiene la reunion inmediata, la formacion de nuevos vasos y de un tejido cicatrial ó la produccion de osteófitos.

Unos opinan que sin la integridad del periostio no hay resultado posible; Magitot que basta un simple anillo de esta membrana.

Tambien se ha negado la participacion del periostio; Mitt-

cherliz ha transplantado dientes despues de macerarlos en ácido clorhídrico y ha ingertado en perros dientes de otros muertos varios meses antes; Jounger ha implantado un diente de mómia, y al congreso de Berlin de este año, Weil, de Munich, comunicó que ha reimplantado un diente á una cabra, bañando de pus al diente y al alveolo, y que sus observaciones le permitian afirmar que los dientes adherian de igual manera con periostio intacto ó con el periostio raspado intencionalmente.

Conviene recordar que muchos autores admiten que el periostio alveolo-dentario tiene dos hojas, una unida al cemento y que el diente lleva al desprenderse, y otra que permanece en el alveolo.

Rollin en los Estados Unidos y Fredel en Ginebra han contribuido á aclarar la parte que el periostio desempeña en el ingerto dentario. Tomamos de Dubois las principales conclusiones obtenidas por Fredel en diez y nueve experiencias.

2º La integridad absoluta de los tejidos dentarios, particularmente del periostio, es una de las condiciones indispensables para llegar á una consolidacion definitiva.

3º Cuando la integridad no es absoluta se pueden obtener resultados temporarios que pueden prestar buenos servicios en la práctica corriente.

10ª En nuestras experiencias la pulpa constantemente se ha mortificado, enseguida ha sido reemplazada parcialmente por un tejido nuevo acompañado de vasos sanguíneos, penetrando en la cavidad de la pulpa bajo forma de botones carnosos

12º Cuando el periostio falta parcialmente, las partes correspondientes de la raiz (cemento, dentina) se hacen el sitio de una reabsorcion de extension variable, causada por el trabajo de los osteoclastos.

14º La consolidacion del periostio se opera mucho mas rápidamente hácia el cuello que hácia la raiz.

15º La consolidacion puede parecer exteriormente perfecta, aun cuando una gran parte de la raiz ha desaparecido.

17º En el caso de reseccion parcial de la raiz, seguida de reimplantacion, el vacio que resulta en el alveolo se llena pri-

mero por un tejido embrionario, que mas tarde es reemplazado por tejido óseo.

Otras teorias se han dado para explicar la consolidacion del ingerto: la formacion de un callo óseo entre el cemento y el alveolo, encuentra confirmacion en los casos de Mauquets, Fauchard, Cutlen etc., en los que fué necesario hacer la extraccion de dientes ingertados y se consiguieron con dificultad llevando los dientes fragmentos óseos íntimamente ligados al cemento. Bourdet en el siglo pasado sin duda habia observado lo mismo, pues aconsejaba hacer con una lima ranuras en las raices para favorecer la adhesion.

Se ha atribuido tambien la retencion á una especie de enquistamiento óseo, formado por el alveolo que contrayéndose aprisionaria al diente. Se ha objetado con razon que la forma del alveolo favorece la espulsion; que en los casos en que la supuracion se establece el diente caeria con facilidad. Philipeaux en animales, y Firts en un niño, han observado que dientes no desarrollados y reimplantados han continuado su evolucion, lo que incuestionablemente no tendria lugar á ser exacta esta teoria.

En la implantacion la union debe tener lugar por union directa del cemento con el alveolo, si bien Jounger cree que el periostio se vivifica al contacto de nuevas células óseas, lo que podria ser verdad para dientes frescos, pero es inadmisible cuando no lo son.

En resúmen, las teorias son: 1º reunion inmediata por la pulpa y el periostio ó únicamente por el periostio; 2º reunion secundaria; 3º produccion de osteófitos; 4º reunion directa del cemento al tejido oséo; 5º enquistamiento óseo.

Las indicaciones del ingerto dentario son las siguientes:

Luxacion—En la luxacion de los dientes, cuando éstos y el alveolo están en buenas condiciones, la reimplantacion se impone y debe hacerse sin pérdida de tiempo. Si el accidente es reciente, la luxacion es incompleta y la pulpa está sana, se respetará; si han transcurrido varias horas y la luxacion ha sido completa, debe extraerse para evitar complicaciones. No es posible precisar cuanto tiempo despues de la luxacion estamos facultados para practicarla, pero sí recor-

damos que Tomes ha reimplantado en un mismo niño dos dientes cinco horas despues de producida la luxacion, y lo que hemos dicho al ocuparnos de la Anatomia Patológica de esta cuestion que Mittcherliz ha trasplantado en perros dientes de animales de la misma especie muertos mucho tiempo antes, que el mismo observador ha reimplantado y transplantado dientes despues de maceracion en ácido clorhídrico y que Jounger ha implantado hasta un diente de mómia, podemos concluir que estaremos autorizados á hacerla siempre que el estado de alveolo lo permita.

Rotacion de los dientes sobre su eje — En esta anomalía de direccion la reimplantacion está indicada segun su grado. Cuando la rotacion no es muy considerable basta luxar incompletamente el diente para no romper el paquete vásculo nervioso, cosa que debe procurarse siempre y fijar al diente en su nueva posicion. Cuando esto no es posible y la extraccion es vivamente solicitada se practicará la reimplantacion. Hemos tenido ocasion de hacerla en la Escuela Dentaria de Paris con nuestro maestro y amigo el Dr. Levett en una señorita de 25 años; el incisivo central izquierdo habia rotado de manera que su borde interno venia á ser anterior y la cara anterior externa. Hice la reimplantacion y por medio de un aparato de prótesis el diente consolidó en la posicion que es general.

Cárie—Antiguamente la destruccion de la corona era la indicacion esencial, pues se creía que la perióstitis era una contra-indicacion; de aquí el éxito de la transplantacion, que hoy encuentra lugar muy excepcionalmente. Ahora con los progresos de la prótesis, las coronas de oro y las de porcelana de Bonwil, Logan, How, etc., creemos que nadie osará hacer una reimplantacion ni una transplantacion estando sana la raiz para reemplazar una corona. Nadie ha formulado con mas precision que David las indicaciones del ingerto en la cárie y por eso las transcribimos testualmente: «El principal, el solo síntoma que somos llamados á combatir en el curso de este lesion es el dolor. Casi siempre se consigue por los medios ordinariamente empleados para destruir la pulpa en su sitio.»

«Sucede á veces, que la mano mas hábil es impotente para llevar el caústico locodolenti, sea por la mala situacion de la cárie, sea por la indocilidad del enfermo que á nada se presta. Cuando en estos casos la extraccion es solicitada con instancia y los dolores exigen una intervencion, pensamos que es necesario recurrir á la extraccion seguida de reimplantacion...»

«En resúmen, por lo que concierne á la cárie, el ingerto por restitucion debe ser tentado cuando la extraccion ha sido efectuada para destruir la pulpa insanable por los medios ordinarios, ó para hacer fuera de la boca una obturacion impracticable en su sitio.»

Perióstitis alveolo dentaria—Los fenómenos primordiales de la perióstitis alveolar crónica que puedan presentarse aislados ó conjuntamente ó ser su consecuencia, son: desprendimiento del periostio del diente afectado, necrósis de la estremidad radicular, saco quístico formado por el periostio, cárie limitada al fondo del alveolo ó á sus paredes, fístula dentaria, producciones neoplásicas.

Cuando el tratamiento por el canal no ha dado resultado, cuando no lo ha dado tampoco el drenage del alveolo y las inyecciones de líquidos antisépticos etc., la reimplantacion y la transplantacion están indicadas si los trastornos del tejido óseo no son considerables y no hacen temer la produccion de una necrósis, etc.

Coleman y Magitot han sido los que han ilustrado esta cuestion.

En el congreso médico verificado en Lóndres en 1881, Magitot presentó el resultado de sus observaciones en una memoria titulada: «Del estado actual del ingerto dentario por restitucion, aplicada á la curacion de la perióstis alveolar crónica», en la que están consignados en cuadros estadísticos 100 casos de ingertos que comprenden la edad, el sexo, la fecha de la operacion, la duracion de la consolidacion, etc.

Los resultados definitivos prueban que la perióstitis alveolar crónica es curable en una proporcion de 92 %.

Nosotros hemos practicado muchas veces el ingerto con un fin curativo, felicitándonos de no haber tenido ninguna complicacion, sinó un insuceso debido á la indocilidad de una

enferma que prefirió perder su diente, ya en vias de cicatrizacion, á soportar las molestias de una perióstitis benigna.

Esta operacion está contraindicada en los sifilíticos, mucho más cuando hay manifestaciones mucosas, y en los diabéticos.

No hablaremos aquí de las indicaciones de la implantacion por las ideas ya manifestadas; en nuestro concepto no es una operacion de necesidad, sino de complacencia. Está contraindicada en las molares por razones anatómicas que á nadie escaparán.

Varias son las complicaciones que el ingerto puede ocasionar: unas sin importancia, otras de carácter grave.

Una ligera perióstitis aguda ó subaguda la acompaña casi infaliblemente, durante los ocho ó diez primeros dias de la operacion, pero desaparece poco á poco por resolucion; á veces la perióstitis termina por supuracion, el diente vacila y cae, ó permanece en su sitio retardándose la consolidacion.

En casos menos felices se presenta con caractéres alarmantes originando flegmones, abcesos, cáries y necrosis de los maxilares.

J. Weil habla de una jóven de 22 años, que gozaba de perfecta salud hasta el momento en que fué objeto de una transplantacion; produjose una ulceracion fagedénica que se estendió á toda la boca, garganta, etc, hasta concluir con la paciente agotada por la supuracion. La persona que suministró el diente era sana.

Barker ha señalado un caso de tétano, creemos el único en los anales de la ciencia, como consecuencia de un ingerto dentario.

La perforacion del seno maxilar que ha ocurrido en la implantacion no es una complicacion, sinó un accidente imputable al operador.

Coleman atribuye las complicaciones á las ligaduras que se colocan para fijar el diente ingertado hasta que la consolidacion empieza, y piensa que esto se produce porque el diente

no puede prolongarse como habitualmente sucede en las perióstitis, por efecto de los exudados del periostio ó por su espesamiento.

Para nosotros los accidentes son debidos á predisposiciones individuales, pues operando en sifilíticos y reumáticos, que es sabido cuán susceptibles son á las inflamaciones del periostio, no hemos tenido que lamentarnos de accidente alguno.

El procedimiento operatorio de la reimplantacion es muy sencillo. Para mayor claridad, dividiremos la operacion en tiempos. Supongamos que se reimplante un diente por una perióstitis alveolar crónica que es lo mas comun.

1º Extráese el diente con las precauciones indispensables.

2º Se contiene la hemorragia haciendo enjuagar la boca primero con agua caliente y despues con agua fria.

3º Se lava el diente y se le mantiene en un medio húmedo, una servilleta ó pañuelo, impregnado en una solucion de bicloruro, ó de ácido bórico, fénico, etc.

4º Con una pinza se corta la porcion enferma de la raiz del diente.

5º Con una lima fina se redondea el borde agudo que resulta, teniéndose cuidado de no desprender el periostio.

6º Se limpia la cavidad de la pulpa y el canal, se desinfecta y se obtura en el alveolo.

7º Con una fresa de mano ó del torno dentario se aviva lijeramente el fondo del alveolo.

8º Se lava con una fuerte jeringa llena de solucion antiséptica para quitar las partículas que resultan.

9º Se pone en el alveolo una bolilla de algodon mojada en la solucion que se quita cuando está preparado el diente.

10. Se toma el diente con los dedos y se coloca en el alveolo, comprimiéndolo fuertemente hasta el fondo.

11. Se hace el drenaje del alveolo con un taladro ó trépano fino del torno de Witte.

12. Se fija el diente.

Apuntaremos diversos modos de operar de algunos prácticos.

Coleman no fija el diente, limitándose á recomendar al paciente ciertas precauciones: evitar la masticacion, etc.

Magitot practica siempre el drenaje del alveolo; otros prescinden de él ó esperan las consecuencias de la operacion; tiene por objeto dar salida á los derrames del periostio.

La obturacion inmediata es discutida. Algunos dejan abierto el diente por varios dias con el mismo fin que el drenaje; teniendo en cuenta que la obturacion se hace con mas facilidad en la mano que en la boca, pensamos que es mejor obturar antes del ingerto.

J. Weil dice que la reseccion de la extremidad radicular es innecesaria.

Magitot no hace la antisepsia del alveolo ni la del diente en la reimplantacion.

La transplantacion es tambien una operacion fácil.

El cirujano ante todo debe garantirse bien de los antecedentes del que facilita el diente.

Reunidas las dos personas que se han de operar, pues es conveniente que transcurra el menor espacio de tiempo posible entre las operaciones de sujeto á sujeto, se extrae el diente primero al que se le va á hacer el ingerto, en seguida al que suministra el diente; (1) en lo demás se procede como para la reimplantacion, siendo pueril decir que la raiz del diente debe corresponder al alveolo que ha de recibirlo, en forma y volúmen.

En la implantacion Jounger procede de esta manera:

1º Esterilizacion del diente tratándolo con una solucion de bicloruro, 1 por 1000, y enseguida durante media hora con agua hirviendo.

2º Exision de la encía, prévia inyeccion de cocaina.

3º Desprendimiento del periostio.

4º Excavacion del alveolo con fresas y trépanos de Otoffy movidas por el torno dentario. Recomienda hacer la excavacion más sobre el borde interno que sobre el externo, pues éste es generalmente más delgado.

5º Antisepsia del nuevo alveolo.

6º Colocacion del diente, debiendo entrar ajustado y en

---

(1) Actualmente se obtienen dientes para la transplantacion de personas con anomalias dentarias.

contacto con los inmediatos para que le sirvan de sosten hasta la consolidacion.

Contra toda presuncion, esta operacion no es muy dolorosa.

La contencion es casi indispensable en los incisivos y caninos, lo es menos para los pequeños molares é innecesaria en los molares mayores. Se hace de varios modos; lo más sencillo es formar con hilo fino ó seda un ∞ de guarismo ó una gotera de papel con colodio que comprenda el diente reimplatando y los laterales. Herbts emplea cautchouc elástico, haciéndole agujeros por los que se pasan dos dientes de cada lado del ingertado; el trozo de cautchouc no perforado comprime el diente y lo mantiene inmóvil, sosteniéndose la goma con ligaduras, y por fin se usan aparatos de cautchouc vulcanizados, de platino, oro, etc., de formas variadas.

La consolidacion empieza el segundo dia y en general está terminada al décimoquinto.

Buenos Aires, Noviembre 30 de 1890.

LAPAROTOMIA POR PIO SALPINJITIS (?)

Flegmon del ligamento ancho — curacion por 1ª intencion

Por el Dr. Alejandro Castro

La señorita M. M., de 25 años de edad, de buena constitucion, reglada desde la edad de 12 años, no ha tenido familia, y ha gozado de buena salud hasta los primeros dias de Noviembre de 1889. En esa época se notó un poco de flujo, y algunos dolores en el bajo vientre. A mediados de Diciembre la vió el Dr. Gache y encontró una vajinitis aguda, abundante secrecion muco-purulenta, empastamiento difuso de la

fosa ilíaca izquierda, fiebre intensa, gran sensibilidad á la presion y pulso vaginal. El 20 del mismo mes, llamado á consulta con el Dr. Gache, la examiné y encontré al exámen dijital la mucosa vijinal plegada, edematosa, las arterias latian fuertemente, y en el fondo del saco posterior y hácia el lado izquierdo una eminencia dura, renitente, muy sensible. El especulum nos mostró la mucosa cubierta de pus espeso y el cuello del útero dando salida á gran cantidad de muco-pus. Pensamos en una infeccion blenorrágica propagada hasta la trompa del lado izquierdo, y ordenamos lavatorios vajinales calientes con una solucion alcalina, reposo en cama y aplicaciones frias sobre el vientre.

El 11 de Enero se abre una coleccion de pus en el recto; mueve el vientre y espulsa como un posillo de café de pus cremoso.

En los dias siguientes disminuyen los dolores, no sale mayor cantidad de pus, desaparece la fiebre y aumenta el apetito. El estado general se mejora mucho, y el 28 de Febrero se levanta. La fosa iliaca derecha empieza á hacerse dolorosa y se empasta; los dolores de este lado se hacen cada dia mas agudos y aumentan con el ejercicio; sin embargo, las *reglas son regulares y no dolorosas*. La enferma á quien se le habia propuesto una operacion que se habia postergado esperando que se mejorara sin ella, la reclama ardientemente. Se llama al Dr. Güemes y al Dr. Pirovano, quienes piensan como nosotros que se trata de una salpingitis, y que es mejor esperar que los síntomas inflamatorios desaparezcan antes de intervenir. Así llegamos hasta el mes de Junio, habiéndola visto varias veces en junta, y entónces decidimos hacer una laparatomía para extirpar las trompas si era necesario. El estado general de la enferma era bueno, pero mortificada por dolores casi continuos clamaba siempre por la operacion.

El 28 de Junio de 1890, habiéndose tomado todas las precauciones de desinfeccion de la pieza, etc., la enferma fué cloroformada por el Dr. Gache, y ayudado por los doctores Pirovano, Güemes y Luis de la Peña, abrí el vientre por una incision mediana de 12 centímetros. El gran epiplon muy cargado de grasa, fué desgarrado al ser mantenido arriba, y

resequé una parte. Las trompas y los ovarios, mantenidos en el fondo de la pelvis por los ligamentos acortados por la inflamacion, tenian su volúmen y consistencia normales, y despues de desgarrar algunas adherencias fueron dejados en su sitio. La hemorragia fué insignificante, y contenida con unos cuantos tapones de algodon envueltos en gaza, esterilizados, mantenidos en el fondo con pinzas largas. La herida se suturó con dos planos, uno peritoneal con catgut, y otro superficial con crin de Florencia. Curacion: naftol alcanforado y algodon.

Las consecuencias de la operacion fueron las siguientes:

Junio 28—Concluida á las 11 m., se despierta bien. A las 4.45.—T. 37°. Pulso 92—Dolor—Inyeccion de morfina 1 ctg.

6.30—Vómitos—Hielo pisado.

6.45—T. 37°—P. 95.

8—Vómitos.

8.45—Temp. 37°—P. 124—Dolores—Inyeccion morfina 1.

10.45—Ha dormido—T. 37°—P. 130.

12.10—Vómitos.

12.45—T. 36°8—P. 125—Sueño.

Junio 29—1.40 a. m. Vómitos—Espasmo del cuello de la vejiga—Inyeccion de morfina—Duerme.

2.10—Emision espontánea de gran cantidad de orina—escalofrio intenso—Dolores de vientre agudos—P. 118.

Duerme hasta las 5 a. m. en que se despierta con vómitos biliosos. El encargado de cuidarla al ponerle el termómetro tiene un ataque de epilepsia y se cae sobre el vientre de la operada. Dolores y mucha alarma. Se me llama y la encuentro bien.

7.30 a. m. T. 37° P. 120.

9 a. m.—Orina abundante.

9.30 a. m. T. 37—P. 108—dolores, morfina (0,01) bebida.

10.30—T. 37°2, P. 111, mucha agitacion.

12 m. Orina abundante—Sueño.

1.15 vómitos.

2.30 p. m. T. 37.1—P. 110—agitacion, morfina (0.01)

4 p. m. agitacion; desarrollo de gases, opresion, dolor de corazon, pulso débil y frecuente, incontable.

4.30 p. m inyeccion de morfina (0.01).

5 p. m. Un poco mas calmada; pulso débil incontable, café caliente con coñac.

6 p. m. Orina abundante. Sigue el mismo dolor, aunque algo disminuido. Enema frio que no hace efecto por su poca cantidad.

6.20—T. 37.3—P. 120, mas lleno. Los dolores se calman y duerme tranquilamente hasta las 8 p. m. T. 37º1—P. 114; náuseas, inquietud.

9.30—Inyeccion morfina (0.01).

10.10—Magnesia calcinada. El pulso se mantiene en 114 hasta las 12.30.

Junio 30—2 a. m. Sigue calmada, toma nuevamente magnesia por no haber tolerado la dosis anterior.

3.30 a. m.—Inyeccion de morfina (0.01).

4 a. m.—Pulso frecuente, débil—Café con coñac; duerme hasta las 7 a. m.; pulso frecuente, débil; dolores y agitacion por neumatosis.

8 a. m. Enema frio con una sonda de Nelaton introducida 20 cm.—200 gr.—espulsion abundante de gases; alivio notable; duerme dos horas.

10. a. m.—T. 36.8—P. 112—Sigue tranquila hasta las 12 en que vuelven los dolores y la agitacion.

3 p. m.—Enema con aceite á la temperatura del cuarto—Espulsion de gases y materias fecales; alivio; T. 37.4; P. 100.

6 p. m.—Enema de aceite, sin resultado.

7 —T. 37.7; P. 104—está tranquila.

9 —Enema frio con agua—Espulsion de gases y materias fecales; alivio; T. 37.8 P. 110; sueño.

11.35—Se despierta con dolor al corazon; neumatosis; magnesia y calomel; calma momentánea.

12.30—Sonda blanda en el recto; salen gases; calma, duerme hasta las 2 y 30 a. m.

Julio 1º—2.35 a. m. Dolores menos intensos. Pulso 115 algo débil; regurgitaciones, eructos, vómitos de café.

4.30 Enema frio 100 gr; efecto abundante; duerme hasta las 9 a. m. T. 37. P. 108. Se despierta con un poco de dolor y náuseas; calomel y magnesia; sigue bien hasta las 12 m.

12.30 toma un pocillo de leche helada; pasa tranquila el resto del dia; 5 p. m. T. 37—P. 108.

Julio 5—Ha seguido mejorando, siempre con temperatura normal; se ha despertado el apetito y se le permite tomar el jugo de una costilla y carne de gallina. 9 a. m. T. 36.8. P. 100.

A las 2 p. m. se cambia por primera vez la curacion. La herida está cicatrizada, no hay una sola gota de pus; se mantienen las suturas.

6 p. m. T. 37.2; P. 84.—Alimentos, leche y un ala de gallina.

Julio 13—Se sacan las suturas y el 17 se le permite levantarse á un sillon. Diez dias despues la enferma salia de su casa en carruaje, habiendo bajado la escalera de su casa sin molestia.

En los meses siguientes ha tenido algunas veces lijeros dolores de costado. Actualmente ya hace tiempo que no siente molestia alguna y goza de perfecta salud.

CONGRESO MÉDICO ARGENTINO

Por el Dr. Roman Pacheco

Cerca de tres años há tuvimos el honor de recibir como huésped al distinguido jóven médico chileno Dr. Octavio Maira, que cuenta el Círculo Médico Argentino entre sus mejores corresponsales científicos.

Habia tenido el placer de conocerlo en Chile, y para pagar las múltiples atenciones que de él recibí pude servirle de cicerone á través de nuestro mundo médico.

Me habló entónces del proyecto que preparaba para provocar un congreso médico chileno, que segun tengo entendido, se ha realizado con gran éxito.

Hago esta declaracion para no atribuirme la paternidad de una idea que se ha practicado ya en la América del Sud.

Vengo, además, entusiasmado de los resultados obtenidos en Berlin en el 10º Congreso Internacional Médico.

Basta decir que allí pronunció Koch la primera palabra de curacion de la tuberculosis que ha repercutido en el mundo entero.

La conveniencia de celebrar el primer congreso médico argentino, resalta á la vista de todos.

No podemos sinó reportar beneficios.

No sabemos nada absolutamente de nuestra medicina nacional, y nos guiamos en todo y por todo por lo que nos viene de Europa.

El pecado consiste en que nuestros médicos no escriben nunca las curiosidades que resultan de las observaciones que recojen. Como no hay regla sin excepcion, no debemos olvidar que hay algunos beneméritos que no siguen el mal ejemplo.

Me basta recordar entre otros á mi querido maestro el Dr. Peralta, que publicaba el fruto de su enseñanza en las «Lecciones de Clínica Médica»; al Dr. Penna en su tratado de la «viruela», al malogrado Dr. Walfrido Rodriguez de la Torre y otros pocos.

Debe decirse que muchas veces se tocaban dificultades insuperables que hacen retroceder á los mejores. Cuando hace poco terminé mi carrera, pensé escribir mi tésis inaugural sobre un ensayo de Geografia Médica Argentina, pero tuve que retroceder ante la magnitud de la obra.

En efecto; basta hojear el libro del Dr. Penna ó la tésis sobre «la sífilis» del Dr. José Antonio Esteves, para ver con qué dificultad se obtienen datos en Buenos Aires para poder fundar estadísticas que tengan algun valor.

Todo proyecto de buena administracion está aún en gérmen entre nosotros, y dejo á otros que vengan mas tarde, mas competentes y preparados que yo, el árduo é importante trabajo que he señalado.

Cuánto bueno resultaria de una agrupacion de médicos argentinos que se comunicáran sus observaciones!

Los jujeños nos contarian sus múltiples estudios de idiotismo en su provincia, por herencia nerviosa consanguínea y mala calidad de las aguas.

Los tucumanos y salteños nos enseñarian todas las particularidades del chucho, trazados de fiebre curiosos, resultados obtenidos con diversos tratamientos.

Los mendocinos nos hablarian del bocio, de los males de alturas, puna, como se llama allí.

Los correntinos predicarian sobre disenteria.

Los misioneros, de mordeduras de insectos y víboras.

Los porteños les hablaríamos largo tambien de difteria y de viruela, y todos se comunicarian sus observaciones sobre los grandes azotes de la humanidad que nos aflijen temporaria ó contantemente; hablo del cólera y de la tuberculosis.

Puede decirse que cada provincia nos traeria su novedad y todo eso lo conocemos siquiera de oidas, ¿pero sabemos algo acaso de toda una patología especial que puede existir mas allá del Rio Negro, en la Patagonia y Tierra del Fuego?

Por lo mismo que tenemos la dicha de poseer todos los climas y que el inmigrante europeo se encuentra en su medio ambiente que llegue de Suecia ó de Sicilia, por eso, digo, podríamos decir algo nuevo sobre las enfermedades de los países frios, templados ó cálidos. Podríamos hablar de las enfermedades de valles y montañas, como de bosques y llanuras.

Nuestros medicamentos nacionales tampoco los conocemos, y no olvidemos que entre ellos existen algunos como el quebracho, que se pretende sucedáneo y hasta mejor que la quina.

Nos reimos ahora de la yerba de la piedra y de la *cepa á caballo*, porque no los conocemos ni sabemos qué principios activos puedan tener.

Acordémonos del orígen de grandes medicamentos como la quina y el café, cuyas cualidades han sido descubiertas generalmente por ignorantes, faltos de los principios de la civilizacion moderna.

¿Qué elementos compondrian este congreso?

Yo creo que en él deben tomar parte:

1º Los médicos argentinos que son los mas interesados en la

realizacion de este congreso, y no solo las cabezas de la medicina nacional, los médicos y cirujanos cuyos nombres están fundados en largos años de estudio y de práctica experimentada y cuya fama pasa los límites de la república; es necesario que vengan tambien los modestos médicos de campaña, alejados de los grandes centros, con recursos improvisados mil veces y observadores de la naturaleza, ese gran libro abierto de la humanidad.

2º Los médicos extranjeros que han revalidado su título y ejercen entre nosotros. Ellos han adquirido derechos ante la medicina nacional compartiendo nuestras tribulaciones en el momento del peligro; y mas de uno ha quedado en el camino del deber dejando su nombre querido y respetado por todos como Furst, Bortolazzi y otros.

3º Los dentistas, que desgraciadamente son pocos los que llevan un nombre argentino.

4º Los veterinarios, que han elevado su nombre á una buena altura científica y que quizá mas que nosotros pueden estudiar la fisiologia y prestarnos una ayuda eficaz para dilucidar los múltiples problemas que quedan en pié en la fisiologia humana.

5º Los farmacéuticos y químicos que vienen á reemplazar entre nosotros á los terapeutistas que están aun en gérmen.

Hubiera querido que este proyecto fuera formulado por una palabra mas autorizada que la mia, soldado ingresado ayer en la medicina nacional.

Hago, pues, un llamado al patriotismo científico de la República, y pongo en manos del Círculo Médico Argentino mi proyecto para que si lo acepta trate de llevarlo á cabo.

Buenos Aires, Diciembre de 1890.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA DIFTERIA

Por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra

Corresponsal del Círculo Médico Argentino en Nueva-York

(FRAGMENTOS)

Forman un verdadero arsenal terapéutico las sustancias que se han recomendado contra la difteria; pero al estudiar los resultados con ellas obtenidos, no por sus panegiristas entusiastas, sinó por investigadores juiciosos é imparciales, nos encontramos que todos esos medicamentos tan solo producen un resultado mas ó menos aceptable, sin que de ninguno pueda hasta ahora decirse que se acerca al dictado de específico ni mucho menos. Por lo tanto, creo que el tratamiento efectivo de la difteria ha de ser forzosamente el preventivo. Voy, pues, á concluir esta improvisada disquisicion con la profilaxia de la enfermedad, haciendo antes una ligera reseña de los diferentes tratamientos empleados por mi, y su resultado.

Del total de mis 28 casos hago tres divisiones para mejor comentar el tratamiento que puse en planta: 1ª, los 12 primeros casos que tuve en el ejercicio de mi profesion, en los que adopté diferentes tratamientos, sin proponerme el estudio especial de ninguno de ellos, y comprenden una série de cinco años consecutivos de mi práctica profesional en dos grandes ciudades de los Estados Unidos—Brooklyn y New-York; 2ª, un grupo de 6 casos que traté despues en Nueva Orleans durante una epidemia, en un período de dos meses, por medio de un determinado plan curativo; 3ª, los 10 casos restantes que he asistido últimamente en Nueva York, tanto entre mis enfermos del dispensario de que soy médico como en mi práctica privada, ya en familias acomodadas como de la clase pobre, y en todos los cuales seguí el mismo tratamiento, diferente al que empleé en Nueva Orleans, y con el cual obtuve el mínimum de mortalidad entre el total respectivo de las tres séries.

En los 12 casos de la primera division usé un tratamiento general y local muy variado, y casi puede decirse sintomático, acompañado de precauciones higiénicas. Unas veces quitaba las falsas membramas, sin arrancar las que estaban muy adheridas, y hacia ligeros toques con un lápiz de nitrato de plata, ordenando luego gargarismos ó lociones, segun la edad del enfermo, con una solucion de cloruro de sodio ligeramente saturada. Otras veces dejaba las membranas y hacia aspirar al enfermito los vapores que se desprenden de pedruzcos de cal viva, recientemente quemada, colocados en un plato hondo de hojalata y sobre los cuales se iba echando agua fria á pequeñas porciones. En tres ó cuatro casos principié el tratamiento, á fin de desalojar mecánicamente las falsas membranas, con un vomitivo enérgico, ya de alumbre, sulfato de zinc, ó una inyeccion hipodérmica de apomorfina, sin querer emplear la ipecacuana, y mucho menos el tártaro emético, por su acción debilitante. Empleé como tópico una solucion de creolina al dos por ciento, el ácido láctico, la tintura de iodo, el tanino asociado á la glicerina, las fumigaciones de alquitran y esencia de trementina del Dr. Delthil, las insuflaciones de calomel, de sulfato de quinina, de azúcar pulverizado, que entonces eran muy elogiadas.

Empleé tambien la papayotina, conocida igualmente con los nombres de *papaína*, *papayína* y *caricina*, que Kransfeld, Bouchut, White, Jacobi y otros pediópatas aseguran disuelve las falsas membranas; pero no obtuve yo ese resultado, sin embargo de usarla en solucion bastante concentrada (10 por 100), logrando sí de una manera marcada, que se reblandecieran y desprendieran fácilmente dichas membranas.

El tratamiento general se dirigia á contrabalancear el efecto asténico de la enfermedad, dando bebidas alcohólicas, ya en la forma de champagne ó vinos generosos si la familia del enfermo gozaba de una posicion desahogada, ya brandy ó whisky (la bebida alcohólica más popular en aquel país) si eran pobres. Es sorprendente observar la cantidad de bebidas de esta clase que pueden tomar los niños atacados de difteria. Como antipirético usé el bisulfato de quinina cuando la temperatura se elevaba mucho, cuidando de dar despues una ó dos cucharaditas de brandy, segun la edad, á fin de contrarrestar el efecto debilitante

de la quinina en el corazon. Ordenaba que de cuando en cuando se le dieran al enfermito pedacitos de hielo para que los chupara. El alimento era sustancioso, pero líquido. En los casos en que el estómago se mostraba rebelde á ejercer su accion fisiológica en el proceso de la digestion, se alimentaba al diftérico con enemas nutritivos. De los 12 enfermos de esta série fallecieron 8, dos de ellos ya en estado de convalecencia á consecuencia de una recaida. Atribuyo esto á la auto-infeccion secundaria, pues perteneciendo ambos diftéricos á familias pobres que vivian en *tenement houses*, ó sea casas de vecindad ó *ciudadelas*, probablemente no les seria posible dar cumplimiento á las precauciones higiénicas que les tenia recomendado.

En la segunda série de 6 casos, todos pertenecientes á una epidemia que entonces reinaba en Nueva Orleans, me propuse emplear las insuflaciones de azufre que en varios artículos de periódicos profesionales de aquella fecha (1886) se preconizaban mucho como específico contra las falsas membranas. La teoría química en que se basa este tratamiento, de que el azufre depositado entre las mallas húmedas y calientes de la falsa membrana se apropia una cierta cantidad de oxígeno dejando escapar el ácido sulfuroso en estado libre, me pareció muy pausible, puesto que así se mantiene aquella neoformacion séptica en contacto constante con ese poderoso parasiticida. Unicamente quitaba, con mucho cuidado, los pedazos de membrana que estaban próximos á desprenderse por sí solos, limpiaba luego la garganta irrigándola con una solucion de listerina, y hacia las insuflaciones de azufre lavado, concluida esta operacion, tres ó cuatro veces al dia. Las indicaciones del tratamiento constitucional eran atendidas como en los casos de la primera série, sin dar preferencia á ningun medicamento en particular. De los 6 enfermitos de este segundo grupo murieron 3.

En el tratamiento que seguí en los 10 casos de mi tercera agrupacion, procedí con el fin de obtener estos tres resultados: 1°, un buen medio ambiente, puro, respirable, acompañado de escrupuloso aseo y estricto cumplimiento de los preceptos de la higiene; 2°, desinfeccion local sin causar irritacion ni dolor, y 3°, sostenimiento por cuantos medios me fueron posibles de las fuerzas

vitales del enfermo, con objeto de que ellas me sirvieran como mi mejor ayudante para combatir el mal.

Con respecto á los medicamentos empleados, mi plan de tratamiento consistió en el uso combinado de estas cuatro formulas:

1ª

Tintura de percloruro de hierro	4	gramos.
Glicerina ..... } aa.	32	„
Agua destilada..... }		

M. s. a.

Dí una cucharadita de esta mixtura, y otra de la que indica la segunda fórmula alternativamente cada media hora durante el dia.

2ª

Clorato potásico	2	gramos.
Glicerina	16	„
Agua de cal..... ...	80	„

M. s. a.

Una cucharadita cada hora, alternando con otra de la mixtura de la primera fórmula en el intermedio.

3ª

Papayotina.....	2	gramos.
Glicerina	5	„
Agua destilada.....	10	„

M. s. a.

Aplicaba esta solucion como tópico á la porcion adherida de las membranas con un pincel de pelo de camello, unos diez minutos antes de practicar el desprendimiento de las falsas membranas y la irrigacion subsecuente de la garganta con el agua de cal fenicada.

4ª

Acido fénico puro.....	20	gotas
Agua de cal.....	200	gramos

M.

Usada cada hora y media ó dos horas en pulverizaciones con un pequeño atomizador de mano, quitando con mucha suavidad las membranas ya reblandecidas con la papayotina y que estaban

próximas á desprenderse, continuando luego la irrigacion hasta completar seis ú ocho minutos de lavado.

Por la noche, mientras el enfermito se hallaba despierto, continuaba aplicando la solucion de papayotina y haciendo el lavado de la garganta lo mismo que de dia, y si estaba realmente dormido, esto es, no adormecido con el sueño ficticio de la septicémia, lo dejaba descansar tres ó cuatro horas sin despertarle.

En alguno que otro caso que me pareció estaba indicado, empleé una solucion de cloral como tópico, tanto por sus efectos antisépticos como un moderador de los espasmos reflejos de los músculos de la laringe.

De los 10 enfermos que forman la 3ª division de mis 28 casos fallecieron 4, que agregados á los 11 de la 1ª y 2ª divisiones dan un total de 15 fallecidos, ó sea una mortalidad de 53,5 por 100. *Todos los que se salvaron sufrieron con mayor ó menor intensidad de parálisis de alguna clase durante la convalecencia.*

Puesto que uno de los mayores peligros en el curso de un ataque de difteria es la muerte por parálisis del corazon, que se debe á la mala nutricion del endocardio á consecuencia del proceso séptico difterítico que sufre la sangre, yo lo combato, como ya he dicho antes, dando bebidas alcoholizadas en grande cantidad, y en los casos en que es preciso obtener una accion rápida administro de una á cuatro gotas, segun la edad del enfermito, del extracto fluido de digital, repitiendo esta dosis una ó dos veces únicamente.

Preciso es procurar no tan solo que el enfermo escape con vida sinó que se levante *cito*, *tuto*, *et jucunde* sin que su organismo se halle en extremo depauperado; así es que atiendo con atencion preferente á fortalecer su organismo, contrarrestando por cuantos medios me sugieren mis conocimientos los efectos del envenenamiento séptico de la sangre, y excitando la actividad de las funciones fisiológicas.

Por lo que respecta á las complicaciones de la enfermedad, yo generalmente empleo lo siguiente: si hay flujo nasal, lavo las cavidades con una solucion de cloruro de sodio; contra los vómitos administro el bismuto solo ó en combinacion con la magnesia; contra la diarrea, el elixir paregórico y algun astringente; contra el desasosiego y el insomnio, bromuro ó cloral, segun la edad; si

hay alguna indicacion de supresion de la orina, cataplasmas, fomentos ó ventosas secas corridas sobre los lomos.

Durante la convalecencia, cambio de aire, con preferencia á la orilla del mar; buenos alimentos acompañados de tónicos ferruginosos y aceite de hígado de bacalao. Contra las afecciones secundarias del sistema nervioso, quinina, los fosfatos, estricnina y aplicacion de la corriente eléctrica.

NUEVOS MEDICAMENTOS

El bromol

Rademaker (de Louisville) preconiza como antiséptico el *tribromofenol* ó *bromol* que él emplea con ventaja en el tratamiento de las heridas y úlceras, y en el tratamiento de la difteria.

El bromol es un polvo de color amarillo limon, de un sabor dulce y astringente; su olor *sui generis* no es desagradable. Es insoluble en el agua, muy soluble en el alcohol, éter, cloroformo, glicerina, esencias y aceites. Es muy poco tóxico: 80 centígramos de bromol administrados apenas no producen en ellos efectos apreciables. Está dotado de poderosas propiedades antisépticas; así, por ejemplo, un pedazo de carne fresca salpicada de bromol puede dejarse durante varios dias á una temperatura de 60°, sin sufrir putrefaccion.

Hé aquí las fórmulas de que se sirve el Dr. Rademaker:

	Tribromofenol.....	5 gramos
	Aceite de olivas.....	150 »
M.	Uso externo.	
	Tribromofenol.....	4 gramos
	Vaselina.....	30 »
M.	Uso externo.	

Estas fórmulas se emplean para curaciones.

Para la angina diftérica y escarlatinosa, la fórmula es:

Tribromofenol ..... 1 gramo
Glicerina..... 25 gramos.

M. Para embadurnar la garganta. Rademaker ha empleado el tribromofenol al interior, á dósis de cinco á quince milígramos en el cólera infantil, fiebre tifoidea y en un caso de abceso del pulmon.

El cresalol

Este nuevo antiséptico, análogo al salol, ha sido obtenido por el Dr. Von Neucki, profesor de química médica en Berna, y se aplica al tratamiento de las heridas.

Existen tres variedades isoméricas del cresalol: orto, meta y para; las tres son sustancias blancas, semi-cristalinas, de olor aromático que recuerda al salol, insolubles en el agua, difícilmente solubles en los aceites, muy solubles en el alcohol y el éter.

Es el meta-cresalol por sus propiedades físicas aplicable al tratamiento de las heridas, ya sea en polvo, ya sea en gaza cresalolada.

Segun Bircher y Widmer, el cresalol disminuiria la secresion de las heridas mas aún que el iodoformo y ofreceria sobre éste la ventaja de no ser tóxico.

El cresalol *es el salicilato de cresol.*

La espermina

La clorhidrato de espermina, agente de accion eminentemente estimulante, es una sustancia cristalina, blanca, fácilmente soluble en el agua, casi insoluble en el alcohol absoluto, y completamente insoluble en el éter.

Poehl, profesor de farmacia en San Petersburgo, ha conseguido extraer de los testículos de los toros jóvenes una *espermina pura* cuyos efectos sobre el hombre serian los mismos que los que Brown-Séquard atribuye á su emulsion.

Los doctores Roschinine, Stange y Prochorow se han servido ya en sus ensayos terapéuticos, de una solucion esterilizada de clorhidrato de espermina á 1 y 2 °/₀, preparada por Poehl y que se conserva en pequeños tubos de vidrio herméticamente cerrados.

Roschinine ha encontrado bajo la influencia de las inyecciones hipodérmicas del clorhidrato de espermina en el hombre, un aumento de energía en el sistema nervioso y en el corazon, mejoría del sueño y del estado general de nutricion, así como un aumento de las aptitudes sexuales. Su accion estimulante se ha comprobado en un caso de neumonía.

La nefritis crónica es una contraindicacion al empleo de la espermina.

Stange, en un caso de *delirium tremens,* ha usado el clorhidrato de espermina, á 2 °/₀, en inyeccion hipodérmica, obteniendo buen resultado.

En una tísica, la espermina aparte de su accion estimulante ha restablecido las reglas que estaban ausentes hacia mucho tiempo.

Prochorow ha visto en un viejo curar en tres semanas úlceras muy antiguas despues de dos inyecciones de espermina. Estas úlceras habian resistido á todo tratamiento.

Poehl ha extraido del castoreum una sustancia orgánica tóxica que tiene todas las propiedades de la espermina; y él piensa que el *muscus* posee tambien espermina.

REGLAMENTO

Para el Concurso Nacional de Ciencias Médicas que el «Círculo Médico Argentino» celebrará en el año de 1891

«El Círculo Médico Argentino» procediendo de acuerdo con las bases I y V y título XI de sus estatutos;

RESUELVE:

Artículo 1º—Celebrar un Concurso Nacional de Medicina en el año próximo de 1891.

Art. 2º—Los trabajos que se presenten á este concurso deberán consistir en memorias inéditas que se refieran exclusivamente á medicina nacional, pudiendo tambien presentarse preparaciones anatómicas, piezas patológicas y plásticas, preparaciones microscópicas, ó instrumentos y útiles de aplicacion á la medicina y á la cirugía, que no hayan sido dados á conocer al público antes de su presentacion al certámen.

Art. 3º—Los premios serán cuatro y consistirán en:

1º Una medalla de oro, que no podrá exceder de media onza de peso efectivo, y se denominará: Primer premio;

2º Una medalla de plata del mismo peso que la anterior que se denominará: Segundo premio;

3º Una medalla de cobre que se denominará: Tercer premio;

4º Un diploma de honor que se denominará: Cuarto premio.

Art. 4º—Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso: «El Círculo Médico Argentino á N. N.», y en el reverso: «Concurso del año 1891—Premio al mérito.»

Art. 5º—Los premios de que habla el artículo 3º, incisos 1º, 2º y 3º, irán acompañados de los correspondientes diplomas en pergamino, y firmados por el Presidente y Secretario de la asociacion, y Presidente, Secretarios y miembros del Jurado.

Art. 6º—Los que quieran tomar parte en este concurso, sean ó no sócios, presentarán sus trabajos antes del 1º de Mayo de 1891, en la Secretaría de la asociacion.

Art. 7º—Las memorias serán anónimas y llevarán un lema, sin que se deduzca por algo su procedencia, é irán acompañadas de un pliego cerrado con igual lema al de la memoria, en el que constará el nombre del autor y su residencia.

Art. 8º—Las preparaciones, aparatos, etc., vendrán embalados, sin nombre del autor, y acompañados de una memoria explicativa de la pieza, etc., y un pliego cerrado en donde constará el nombre del autor y su domicilio; este pliego cerrado llevará la misma marca que el embalaje.

Art. 9º—El jurado encargado de examinar los trabajos y adjudicar los premios, se compondrá de siete miembros que serán elegidos por la asamblea de una lista de veinte personas de reconocida competencia, que le será presentada por la Comision Directiva.

Art. 10—La asamblea nombrará de entre los miembros de la Sociedad dos Secretarios para el Jurado.

Art. 11—El Jurado será constituido en presencia del Presidente de la asociacion, el cual hará entrega al mismo de los trabajos que se hayan presentado, reservando los sobres que contengan los nombres y domicilios de los autores, para ser abiertos en el seno de la Comision Directiva, despues que se expida el Jurado.

Art. 12—El *quorum* para las reuniones del Jurado será compuesto de cuatro de sus miembros.

Art. 13—Para el estudio de los trabajos el Jurado nombrará comisiones de sus miembros, las que deberán presentarle informes escritos sobre el mérito de aquellos. Cada una de estas comisiones tendrá por cometido estudiar y dictaminar sobre el valor de todos los trabajos del concurso.

Art. 14—Expedidas todas las comisiones parciales y leídos todos los trabajos en presencia del Jurado, éste discutirá la importancia de los temas, el valor de las cuestiones que abarquen, su forma, su extension y su carácter nacional.

Art. 15—Discutidos los trabajos, el Jurado teniendo en cuenta el mérito absoluto de los mismos, acordará ó no los premios establecidos en el artículo 3º.

Art. 16—El informe que el Jurado presente á la comision directiva debe contener todos los detalles relativos á los trabajos del concurso, así como los fundamentos de su fallo.

Art. 17—El Jurado deberá expedirse antes del 1º de Junio de 1891.

Art. 18—La distribucion de premios tendrá lugar el dia 29 de Junio de 1891, aniversario de la fundacion del «Círculo Médico Argentino»

Art. 19—Las memorias premiadas pasarán á la Biblioteca de la asociacion, y serán destinados al Museo de la misma, las piezas anatómicas, aparatos, etc.

Art. 20—Los trabajos que no resultasen premiados, conjuntamente con los pliegos cerrados que contienen los nombres de sus autores, quedarán á disposicion de éstos en Secretaría.

Art. 21—Solicítese de la prensa de la capital y del interior, la insercion de esta resolucion, y publíquese en «Los Anales del Círculo Médico Argentino».

Buenos Aires, Julio 25 de 1890.

JULIO MENDEZ.
Armando Claros—Luis Beaufrére
Secretarios.

EL DESCUBRIMIENTO DE KOCH

Tratamiento de la tuberculosis

No es posible entregar á la prensa el último número de este periódico en 1890, sin haber mencionado cuando menos el gran acontecimiento anunciado por *Koch* en el 10º congreso internacional de medicina: *la curacion de la tuberculosis*.

Se trata seguramente del descubrimiento médico mas importante que se haya producido en el año que va á terminar; puede ser que se trate del mayor suceso médico que se haya hecho en este siglo; puede tratarse tambien de la mas trascendental de las conquistas que haya hecho la medicina desde que existe.

Nada podemos adelantar á la fecha sobre el procedimiento y medio del cual *Koch* se ha valido para interrumpir la marcha invasora del baccilo inoculado al animal; nada podemos decir aun sobre el modo de aplicar ese tratamiento al hombre. Solo sabemos que *Koch* ha declarado haber podido curar animales infestados, y que en los hospitales de Berlin no solo *Koch* sinó tambien otros, han conseguido curar hombres tuberculosos.

Entrar á discutir el tratamiento; querer hablar sobre sus consecuencias; divagar para indicar cuales serian los cuerpos que *Koch* ha usado, seria perder tiempo.

Nos debe bastar por el momento saber que *Koch* ha declarado *urbi et orbi* lo que pretende poder: la persona del declarante, su seriedad y circunspeccion que están sobre toda sospecha, son la garantia que tenemos. No ha publicado aun su procedimiento, seguramente no por egoismo mezquino sinó por salvar su tratamiento, y quizá su método, de la mala aplicacion (quizá peligrosa) que de él podria hacerse por *prácticos mal intencionados ó ignorantes*, que es indudable podrian comprometer sériamente el porvenir de la nueva medicacion que debe prestar servicios incalculables.

Que *Koch* enseñe á curar la *tísis*, eso no lo esperan ni los mas entusiastas admiradores del sábio aleman.

Con el tratamiento de *Koch* se quitará al proceso destructivo su elemento específico; mas adelante aprenderemos á librar al enfermo de las cavidades ó focos de destruccion que por la intervencion del baccilo se hayan formado; un proceso inflamatorio supurativo específico se transformará en un proceso inflamatorio supurativo comun.

Los cirujanos nos han mostrado como deben tratarse los focos de los sifilíticos una vez desaparecida la *discrasia;* lo mismo nos lo enseñarán para la tuberculosis una vez que el médico haya eliminado la actividad del baccilo respectivo. *Koch* solo completa su obra al enseñarnos á destruir el gérmen mórbido cuya existencia indiscutible nos probó.

Buenos Aires, Diciembre de 1890.

DECLARACION

A propósito de un caso de obstetricia

El señor Cárlos A. Vera, interno del hospital Rivadavia, nos pide la publicacion de la siguiente carta en que rectifica algunos

cargos hechos á un médico aludido en el artículo aparecido bajo su firma en *Los Anales* de Octubre de 1890, página 385.

He aquí la carta del Sr. Vera:

Buenos Aires, Noviembre 29 de 1890.

Señor Director de Los Anales del Círculo Médico Argentino.

Como en la publicacion de un caso de obstetricia, aparecido en el anterior número de *Los Anales* y suscrito por mi, hiciera sérios cargos al médico que intervino, vengo ahora en posesion de la verdad á solicitar del señor director rectifique tales cargos, publicando la presente ó como mejor creyese, en interés de lo que ha pasado. Al publicar aquel caso, menos que criticar á la persona del médico, mi ánimo fué condenar procedimiento tan brutal, que felizmente para satisfaccion de todos no fué un médico, sinó una mujer ignorante, quien hizo aquellas maniobras dictadas por a necesidad, en ausencia de una partera ó de un médico.

Falsos datos recibidos me decidieron á atribuir al médico, competente por otra parte, lo que no fué sinó obra exclusiva de una persona extraña á la ciencia.

Saludo atentamente á V.

Cárlos A. Vera.

VARIEDADES

Hemos recibido un folleto sobre el tratamiento del eczema en los viejos, por el Dr. L. Duncan Bulkley, de nueva York (*On the treatment of Eczema in Elderly People*).

Este trabajo se contrae á demostrar las ventajas del óxido de zinc y del ácido carbólico en el tratamiento de esta afeccion.

El Dr. Alejandro E. Amoretti—La asamblea del Círculo Médico Argentino ha nombrado tesorero de la asociacion al Dr. Alejandro E. Amoretti, en reemplazo del Sr. Francisco R. Niño, que renunció.

FORMULARIO

Starr emplea esta mixtura contra la *anuria de la nefritis escarlatinosa*:

Estracto fluido de jaborandi.....	15 gramos
Citrato de potasa.....	25 »
Agua.....	75 »

M. Tomar una cucharada de las de café cada cuatro horas.

V. de Lollis recomienda contra *la sarna*:

Creolina.....	2 gr. 50 centigr.
Vaselina.....	50 gramos

M. Untar todos los dias abundantemente las partes enfermas.

Urriola usa la siguiente mixtura contra las *vegetaciones de los órganos genitales externos*:

Ácido salicílico.....	2 gramos
Ácido acético.....	30 »

M. Uso externo. Con un pincel fino se embadurnan las vegetaciones una ó dos veces en las 24 horas.

Beard y Rockwvell aconsejan contra la *neurastenia sexual*.

Como tónico:

Stricnina.....	ãa
Fósforo.....	15 milígr.
Fierro porfirizado.....	2 gramos
Polvo de ruibarbo.....	40 cent.
Extracto de cáñamo indiano.....	12 »

Mézclese y hágase 25 píldoras.

Tomar 3 al dia, una antes de cada comida.

Como calmante:

Bromuro de zinc.....	ãa
Valerianato de zinc.....	
Oxido de zinc.....	1 gramo
Conserva de rosas.....	C. S.

M. Para 20 píldoras. Tomar 3 al dia.

Contra la impotencia sexual de los viejos y de las personas agotadas por los escesos venéreos y el onanismo, así como contra la espermatorrea:

Tintura de cantáridas.....	ãa
Percloruro de fierro líquido....	10 gramos
Tintura de nuez vómica.....	15 »

Mézclese. Al tomar 20 ó 40 gotas, dos ó tres veces al dia, en un poco de agua.

Contra el insomnio y la agitacion contínua de ciertos neurasténicos:

Estracto fluido (1).....	35 gramos
Tintura de beleño.....	15 »
Bromuro de sodio...	15 »
Agua destilada.....	150 »

M. A tomar una ó dos cucharadas por la noche al acostarse.

(1) El texto frances dice: estracto fluido de *sconterelle*.

Rosner prescribe la siguiente *solucion de alcanfor para inyeccion hipodérmica:*

Alcanfor pulverizado.....	2	gramos
Parafina líquida.....	8	»

M. Caliéntese suavemente en el baño-maria hasta la disolucion completa del alcanfor.

Inyectar media jeringa (10 centígramos de alcanfor) ó una jeringa de Pravaz entera (20 centígramos).

Bidwell aconseja esta pocion contra la *amigdalitis aguda:*

Tintura de guayaco amoniacal.....	ãa	
Tintura de quina compuesta.	8	gramos
Miel.....	30	»
Solucion saturada de clorato de potasa.	160	»

M. A tomar, despues de haberse gargarisado con ella, una cucharada de café, cada media hora, ó cada dos horas, segun la intensidad de la amigdalitas.

NECROLOGÍA

Ha muerto el Dr. Pedro Biscayart.

—Ha fallecido tambien el Dr. Pedro Catalan, ex-diputado á la legislatura de Tucuman, y miembro del Consejo de higiene de dicha ciudad.

ANALES DE LA ASISTENCIA PUBLICA

El Círculo Médico Argentino ha recibido el número 1° de esta publicacion.

MIEMBROS DEL CIRCULO MEDICO ARGENTINO

Sócios activos

Almiron Alberto
Arana Enrique Dr.
Acevedo W. Dr.
Ardoino Gabriel Dr.
Amoretti Alej'dro E. Dr.
Arévalo Salustiano V. Dr.
Ayarragaray, L. Dr.
Alvarez Antenor.
Arraya Laureano
Antelo Nicomedes
Arana Zelis Miguel
Agote Luis
Arenaza Fernando
Aguilar Zenon
Arca (del) Enrique Dr.
Alba Carreras Juan Dr.
Arauz Manuel A.
Arauz Félix
Acevedo Ricardo
Astiz Carlos
Ayerza Abel Dr.
Araoz Gregorio A.
Acuña Pio J.
Aguirre Luis
Alcorta Ramon
Alvarez Washington
Alió Arturo
Acuña Luis F. Dr.
Andino Juan J.
Aranda José B.
Avila Marcos
Barbaro Andrés Dr.
Born Federico Dr.
Bettega Claudio
Blanch Amer Dr.
Beaufrére Luis A.
Benedit Pedro Dr.
Beguerestain M. Dr.
Bernal Francisco R. Dr.
Bosch Juan Maria Dr.
Boeri Juan A. Dr.
Billinghurst Ricardo Dr.
Beruti Julio Dr.
Bosch Gonzalez L.
Basarte Rómulo
Balbastro Arturo
Bessio Emilio
Boeri Francisco
Bateoni Márcos
Brennan Patricio
Beatti Manuel
Ballesteros Angel
Ballesteros Ildefonso A.
Barbieri Pedro
Bustamante Samuel V. de
Berdier Ricardo
Bonahora Eduardo
Balestra Tomás Dr.
Bruno Adolfo
Berraz José E.
Bengolea Manuel Dr.
Brandan Luis
Canton Eliseo, Dr.
Castilla Ezequiel
Correa Franc. L.
Cabred Domingo Dr
Cabrera Francisco S.
Carrillo Jaime Dr.
Chaves Paz Dardo.
Costa Dr. Jaime R.
Crespo Antonio, Dr.
Carregas Carlos
Cordeyro Mármol José
Caballero José M. Dr.
Centeno Angel M. Dr.
Carranza Félix L., Dr
Colombres Arsenio
Cranwell Daniel
Cano Roberto C
Claypole Pedro
Cordero Adolfo
Corvalan Joaquin
Caroni José
Cavilliotti Luis Dr.
Clavarino Miguel
Carranza Alberto
Claros Armando
Courreges Juan M.
Cullen José M.
Cavia Manuel
Cabezon José M. Dr.
Cremona Domingo
Castro Alejandro Dr.
Cassanello A. S. Dr.

Castro Adolfo Dr.
Calandrelli Matias
Carvajal Lorenzo
Caride Masini Pedro
Comes J. B.
Corsi Eduardo
Cabral Tomás P. Dr.
Chavarria Saulo
Cichero Eduardo
Cobos Rafael, Dr.
Candioti Rodolfo
Darnet Julio Dr.
Diaz Pacífico Dr.
Dellepiane M. Dr.
Decoud Diógenes
Dodds Roberto Dr.
Delgado Pascual
Davison Diego J. R. Dr.
Dudignac Exequiel E.
Dominguez Delaney J. Dr.
Durañona Lucio
Dominguez Abel
Darquier Jaime
Dorucci Tomás Dr.
Demaria Enrique
Day Enrique L.
Diaz Santiago
Diana Enrique
Diaz Juan J., Dr.
Eizaguirre Luis Dr.
Eizaga Ramon N. Dr.
Etchepareborda N. Dr.
Elia Gustavo de
Echevarria Isidro
Escobar Manuel
Escutary Juan F.
Emina Juan
Etchegoyen Pedro
Echagüe Pascual J.
Emparanza Francisco
Ferrari Pupo Ale'dro
Firmat J. Ignacio, Dr.
Fernandez Dr. Juan R.
Farini Juan A.
Fontana Nicolás
Ferrari Juan
Frugoni Aquiles
Fernandez Julian M. Dr
Figueroa Manuel
Ferrari Pascual
Franckemberg C.
Gache Samuel Dr.
Gainza Rodolfo de
Golfarini Juan A. Dr.
Guiraldes Adolfo Dr.
Gimenez Ramon, Dr.
Gomez Honorio P. Dr.
Gutierrez Avelino Dr.
Gallastegui Eleodoro
Gastaldi Márcos

Garcia Julian
Gardeazabal Narciso M
Gordillo Lucio
Gomez Decoroso
Giraud Raul
Germano Juan B.
Gareizo Aquiles Dr.
Gorrochategui José
Guevara Joaquin
Gomez Crisanto
Garofalo José Dr.
Herrera Vegas M.
Holmberg, Dr. E. L.
Ibarra Francisco Dr.
Ibarra Ramon Dr.
Insua Dorrego P.
Isasmendi Emilio
Igartúa Marcelino
Ibarguren Antonio
Infranc Facundo, Dr.
Iturralde Juan
Ibarra Pedro J.
Jorge José M. Dr.
Justo A. Felipe
Justo Juan B. Dr.
Jara Hector
James Elias L.
Klappembach E. Dr.
Keravenant Dionisio
Keller Alfredo
Larguia Jonás, Dr.
Larrosa Facundo Dr.
Luro Pedro O. Dr.
Loreto Gerónimo Dr.
Lozano Ernesto Dr.
Lopez Antonio
Lozano Nicolás Dr.
Lejarza Domingo
Lacavera Pedro
Lavalle Fco. P. Dr.
Latorre Horacio A. Dr.
Llanos Benito Dr.
Luna Alvaro
Llavallol Martin Dr.
Larguia Facundo Dr.
Lopez Joaquin
Lynch Ricardo
Labougle Pedro Dr
Lavalle Ricardo F.
Lopez Alcibiades
Lagarde Alfredo Dr.
Lobo Tristán
Llobet Andrés F. Dr.
Lagomaggiore A. Dr.
Larroque B. Dr.
Luna Samuel E.
Lastra Policarpo
Levingston Luis Dr.
Lucero Amador
Llambias Mir Joaquin

Maglioni Luis C. Dr.
Molinas Nicanor Dr.
Martinez José B. Dr.
Martinez Rufino A.Dr.
Maglioni Norb. Dr.
Martinez Bartolomé Dr.
Moranchel Manuel A.
Meana Teófilo
Massa Nicolás
Miloni César Dr.
Merlo Enrique
Martinez Benjamin Dr.
Mercado Eliseo
Martinez Patricio Dr.
Mendez Julio Dr.
Massot Julian
Marc Enrique
Montes de Oca A. Dr.
Muñoz Félix
Madrid (de) Samuel
Magni Egidio
Moyano Martin N., Dr.
Maldonado Juan Cruz
Martinez Simeon
Masi Alfonso
Mathis Adolfo
Matti Guillermo
Mas Pedro
Marcus Hugo Dr.
Madariaga Carlos Dr.
Moreno Javier M.
Manzini Juan
Martinez Burzaco Dr.
Mariller Estevan
Naon Juan J. Dr.
Nelson Manuel I.
Niño Francisco R.
Niseggi Carlos
Noceti Abel R.
Novaro Bartolomé Dr.
Nuñez Vicente E. Dr.
Obejero Eduardo Dr.
Otaño Francisco Dr.
Oliva Silvestre Dr.
Oliverio Pascual
O'Farrel Miguel
Orfila Antenor
Obejero Fabio
Ocampo Enrique
Ortiz Eliseo
Olmos Gonzalez Francisco
Ortiz Angel F.
Oliva Moisés
Pacheco Roman, Dr.
Palacios José M.
Pietranera Dr. Enrique
Prando David
Palma Pascual
Piccardo Toribio
Pando Dr. Pedro J.
Posse Rodolfo Dr.
Perez Abraham F. Dr.
Pistoni Julio Dr.
Padilla Ponciano
Passo Elida
Padilla Tiburcio
Palacio Enrique
Prini José D. Dr.
Perez Fernando Dr.
Ponte Diógenes V.
Piaggio Agustin
Paquier Ademar
Paulucci Pacífico
Pombo Daniel Dr.
Palenque Pedro
Pita José B.
Pujol Juan R. Dr.
Peña Pedro
Pardo Enrique
Passo Pedro
Pueyrredon Luis
Peña Eduardo Dr.
Paladini Godofredo
Plaza Prudencio
Posada Alejandro
Pujato Cándido Dr.
Peñalva Juan B.
Paz Julio
Quiroga Marcial V. Dr.
Ray José D. Dr.
Ramaugé Adalb'to Dr.
Rodas César C.
Reina Alcibiades M.
Ronco Manuel A.
Renoulin J. Luis
Rebasa Gregorio
Rodriguez Pedro Dr.
Rueda Eduardo
Rossi Juan A.
Robles Pedro A.
Rouchild Emilio
Repetto Nicolás D.
Ruiz de los Llanos J.
Romero Luis
Roffo Enrique
Rodriguez José
Ramirez José M.
Reynolds Guillermo
Reynal O'Connor Jaime
Romero Luciano J.
Rivara Domingo
Rodriguez N. A.
Rivero Conrado
Reinoso Hildebrando
Ruiz Moreno Martin
Salas Inocencio
Sanchez José E. Dr.
Salaberry Fermin Dr.
Sicardi Félix, Dr.
Semprun José R. Dr.

Solari Benjamin T.
Sobrero Félix Dr.
Santamarina M. Dr.
Sasso Domingo Dr.
Silva J. Vicente
Señorans Juan B. Dr.
Spangenberg Ernesto
Schatz Ricardo
Sunino Julio
Schickendants F.
San Roman Guillermo
Sobrecasas Cayetano
Seminario Juan
Sixto Genaro
Señorans Julio
Silva Arturo
Sanchez Juan A.
Smith Edmundo
San Germes Domingo
Suarez Lorenzo
Simeone Pedro A. Dr.
Sinistri Hugo
Torres Gregorio
Tejerina Ramon V.
Taboada Bernardo
Tatti Silvio
Tessi Alberto
Teran Sixto
Torrent Raul G.
Torres Pedro
Tessitore Juan
Tissone Enrique
Troncoso Bernardo
Urquiza Diógenes Dr.
Udaondo Guiller'o Dr.
Vargas Marcelino Dr.
Vila Luis F. Dr.
Videla Juan A. Dr.
Villarino Carlos
Vidal Antonio, Dr.
Viale Victorino Dr.
Villar Carlos L. Dr.
Veiga Francisco Dr.
Viaña Ricardo E.
Vera Carlos A.
Velarde Fanor
Viera Justo P. Dr.
Vignale Carlos R.
Vasquez José R. Dr.
Vasallo Manuel Dr.
Viaña Luis
Vivot Santos
Vila Francisco
Villarruel Osvaldo Dr.
Valenzuela Julian
Valdez Adolfo Dr.
Valle Leandro F.
Varsi Tomás
Viñas Marcelo
Wernicke Otto
Webster Dr.
Weigell Pedro
Walhs Patricio
Yones Amable
Zavaleta Federico Dr.
Zenavilla Abraham Dr.
Zeballos Mauro E. Dr.
Zelada Fidel Dr.
Zambianchi Spártaco
Zavaleta Manuel A.

Sócios protectores

Bullrich Rodolfo
Devoto Emilio
Devoto Federico
Gorostiaga Manuel Dr.
Tallaferro, Alfredo
Wernicke, Roberto Dr.
Zeballos, E. Z. Dr.

Miembros honorarios

Dr. Rafael Herrera Vegas — Dr. Pedro F. Roberts—Dr. Francisco P. Moreno.—Dr. Emilio R. Coni.—Dr. Luis Pasteur (París).

Miembros corresponsales

AMÉRICA DEL SUR—REPÚBLICA ARGENTINA—*La Plata:* Dr. Pedro C. Payró, J. Pene—*S. Antonio de Areco*: Dr. Julio Valdez—*Pergamino*: Dr. Joaquin Menendez—*Lobos:* Dr. Antonio E. Hiriart—*Córdoba:* Dr. Oscar Doering—*Concepcion del Uruguay:* Dr. Francisco Quesada—*Paraná*: Dr. Salvador Maciá—*Gualeguay*: Dr. Carmelo F. Crespo—*Santa-Fé:* Dr. Eliseo M. Videla.

BRASIL—*Rio Janeiro*: Dr. Joao Pires Farinha—Dr. Carlos A. Moncorvo Figueiredo—Dr. Silva Araujo—Dr. B. Vieyra de Mello—Dr. Carlos Costa—Dr. Joao de Matta Machado—Dr. Nuno de Andrade—Dr. Erico Coelho—Dr. Domingo Freire—Dr. Moura Brazil—Dr. Agostinho Jose de Souza Lima—Dr. Tiberio Lopez D'Almeida.

PERÚ—*Lima:* Dr. José Casimiro Ulloa—Leonidas Avendaño.

CHILE—*Santiago*: Dr. Francisco Aguirre—Dr. Juan B. Bidart—Dr. Octavio Maira.

EUROPA—AUSTRIA—*Viena:* Dr. Samuel Schenk.

ALEMANIA—*Berlin*: Dr. Federico Susviela Guarch.

FRANCIA—*París:* Dr. Carlos Eloy—Dr. Gustavo L. Richelot—Dr. Gassant—Dr. A. Henocque—Dr. Federico Texo.

ITALIA—Dr. Ernesto Bonvechiato—*Turin*: Dr. Giacomo Novaro.

DINAMARCA—*Copenhague:* Dr. Guillermo Saxild.

ESPAÑA—*Madrid*: Dr. Francisco Vallina—Dr. Rafael Ulecia y Cardona—Dr. Lorenzo Aycart.

PORTUGAL—*Lisboa:* Sr. Enrique Tornú.

ÍNDICE CRONOLÓGICO DEL TOMO XIII

DE LOS

ANALES DEL CIRCULO MEDICO ARGENTINO

Página

Nueva redaccion..... 1
Higiene Pública: El filtro Medina, por el Dr. Samuel Gache 2
Antifebrina, por el Dr. Justiniano Ledesma..... 7
Tuberculosis miliar: mecanismo patógeno, por el Dr. Silverio Dominguez..... 13
Farmacopea internacional: párrafos del informe del Dr. Juan José Diaz, delegado argentino al Congreso internacional de terapéutica de París en 1889..... 16
Correspondencia: Un caso de ataxia hereditaria de Friedreich, por el Dr. Roman Pacheco..... 18
Necrología: el profesor Ricord, el Dr. Pedro A. Mattos, el Dr. Julio E. Mitre, el Dr. Domingo Parodi, Justo Bardi 22
Primeros datos estadísticos obtenidos en el establecimiento balneario del Rosario de la Frontera, por el Dr. Eliseo Canton..... 23
Clínica del Dr. Pirovano: ligadura de la ilíaca primitiva, por Diógenes Decoud..... 34
Contribucion al diagnóstico de la fiebre amarilla, por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra..... 37
Tratamiento de la influenza segun sus diversas formas, por el Dr. Henri Huchard (traduccion)..... 43
Bibliografía: Breves consideraciones higiénicas sobre la ciudad de Mendoza, por el Dr. José A. Salas, por S. G..... 46
Necrología. El profesor Damaschino..... 50
» Domingo Genta..... 50
Formulario: Tratamiento de la influenza..... 50
» » del prurito vulvar..... 50
» píldoras contra las hemoptisis..... 51
Dentrífico antiséptico á la sacarina..... 51
Tratamiento del coriza..... 51
» del herpez tonsurante..... 52

Página

Relacion de las obras donadas á la biblioteca del Circulo Médico Argentino en el mes de Enero de 1890..... 52
El profesor Rawson, por el Dr. Samuel Gache..... 55
Estadística operatoria y observaciones de la seccion de cirujía del hospital de crónicos, por el Dr. Juan B. Justo. 57
Exploracion quirúrgica del riñon, por el Dr. Fernando Perez 73
Hospital de la Concepcion del Uruguay: Quiste multilobular del ovario, ovariotomía, curacion, por el Dr. Francisco Quesada. 81
Correspondencia: La enfermedad reinante en Europa, por Enrique Tornú..... 85
Honores al Dr. Rawson..... 89
Necrología: Volkmann..... 90
» El Dr. Antonio Suarez Aguirre..... 90
Formulario: La exalgina..... 91
» Ulceraciones nasales de orígen sifilítico..... 9.
» Dilatacion del estómago.....
» Quemaduras..... 92
» Vómitos de la preñez..... 92
Influenza, por el Dr. Roberto Wernicke..... 93
Clínica quirúrgica: angioma de la lengua, estirpacion, curacion, por el Dr. Luis C. Maglioni 104
Profiláxia de la tuberculosis, por Enrique Tornú..... 106
Correspondencia: En la Salpetrière. Un caso de doble personalidad, por el Dr. Roman Pacheco..... 111
Sobre los peligros de la cocaina, por Mr. Dufournier, traduccion..... 114
Hospital de clínicas: servicio del Dr. Abel Ayerza, consultorio de laringología, otología y rinología, atendido por el Dr. Fernando Perez..... 118
Nuevos medicamentos: clorhidrato de orexina..... 120
» » Paracresotinato de soda..... 121
Bibliografía: Revista General de Ciencias Médicas (de Berlin) 121
Necrologia: Ricardo L. Corradi..... 122
» El Dr. W. Rodriguez de la Torre 123
Formulario: Contra la erisipela..... 123
» Grietas de las manos..... 124
» Insuflaciones contra el osena..... 124
» Catarros crónicos de la vejiga..... 124
» Pomada contra las hemorroides..... 124

Página

Hospital de clínicas: Localizaciones cerebrales. Tumor cerebral. Trepanacion. Quiste hidatídico del ventrículo izquierdo. Muerte por meningitis de la base, por el Dr. Alejandro Castro..... 125
Clínica quirúrgica: Enormes tumores fibro-plásticos (?) de la cabeza. Extirpacion en dos sesiones, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 129
Clínica infantil: Infeccion palúdica aguda, por M. Aberastury 133
Cátedra de patología general: Introduccion al curso de patología general, por el profesor Dr. Roberto Wernicke..... 140
Correspondencia: Cuatro palabras sobre hemicránea oftálmica, por el Dr. Roman Pacheco..... 148
La antisepsia de la boca, (traduccion)..... 149
Necrología: El profesor Trelat..... 151
Bibliografia: La Medicina Moderna, diario de terapéutica, cirujía, obstetricia y farmacología (París)..... 152
Nuevos medicamentos: El aristol..... 153
» » El hipnal..... 154
Formulario: Píldoras de creosota..... 155
» Oxiuros vermiculares..... 155
» Amigdalitis infecciosas..... 155
» vómitos incoercibles..... 155
» Supositorios contra la dismenorrea..... 156
» Inyecciones vaginales de naftol..... 156
Rawson: Su elogio en el teatro Onrubia. Los discursos, (Dres. Quiroga, Gache y Escalante)..... 157
Clínica del Dr. Pirovano: Laparotomía por estrangulamiento interno, por Diógenes Decoud..... 194
Cirujia cerebral. Epilepsia. Trepanacion, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 198
Un caso de tumor salivar, por Julio C. Arraya..... 203
Cátedra de patología general, profesor Dr. Roberto Wernicke: Sobre la herencia en patología..... 205
Formulario: Hidropesía de orígen cardiaco..... 217
» Inyeccion contra el ozena..... 217
» Ulceraciones dolorosas de la piel..... 218
» El tricloracético en las afecciones nasales y faríngeas..... 218
Nueva comision directiva del Círculo Médico Argentino..... 219
Nuevos miembros de la asociacion..... 220

Página

Ginecología operatoria. Ausencia congénita de vagina. Utero rudimentario. Integridad de los anexos. Operacion autoplástica. Resultado. Por el Dr. Samuel Gache.... 221
Blefaroplastia. Proceder del Dr. Lagleize, por el Dr. Francisco C. Barraza..... 225
Chancro sifilítico de la trompa de Eustaquio, por Benjamin T. Solari..... 227
Cátedra de patología general, profesor Dr. R. Wernicke: Predisposicion. 231
Terapéutica. Medicacion febrífuga, por el profesor Dr. Justiniano Ledesma..... 242
Un caso de hernia diafragmática, por el Dr. Julio Mendez.. 264
Sobre la reseccion temporaria y parcial de la bóveda del cráneo, por el Dr. Juan B. Justo..... 270
Correspondencia: Accion terapéutica del sulfonal, por el Dr. Martin N. Moyano. 274
» Hemicránea paralítica, por el Dr. Roman Pacheco 279
Revista de la prensa extranjera. Desarrollo exajerado de los órganos genitales en una criatura de 18 meses, por F. A. J..... 281
» » » Tratamiento del reumatismo articular agudo y de la artritis blenorrágica, por la fenacetina á alta dosis 282
» » » Sobre el efecto del guaco..... 283
» » » Tratamiento del chancro blando 283
» » » Accion de las preparaciones de kola... 283
» » » Quiste hidatídico pediculado del hígado, laparotomía..... 283
Variedades: La glosodinia 285
» ¿Por qué se es derecho y por qué se es zurdo?.... 285
» Hidrofóbia 286
Elecciones del Círculo Médico..... 287
Conversaciones científicas..... 287
Publicaciones nuevas..... 288
Nuevos medicamentos. El lysol..... 289
» » La pyoctanina..... 289
» » La nuez de kola..... 289
Formulario. Disenteria..... 290
» El aristol contra el ozena verdadero y sifilítico.. 290
» Forúnculo del conducto auditivo externo. 290
» Eczema de la denticion..... 291

Página

Formulario. El thiol en las enfermedades de la piel..... 291
Necrología: El Dr. Siredey..... 292
Toxicología experimental: Accion del mio-mio sobre el corazon de la rana, por el Dr. Juan B. Señorans..... 291
Clínica del Dr. Pirovano: Aneurismas externos, por Pascual Palma..... 294
Tratamiento de la aneurisma aórtica, por el Dr. Diego T. R. Davison..... 298
De la escarlatina anormal, á propósito de tres casos observados en una misma familia, por el Dr. J. Dartayet..... 305
Ectopia renal congénita, por J. M. Cullen..... 309
Sobre la etiología del beri-beri. Investigaciones bacteriológicas, por el Dr. José Musso y Juan B. Morell (de Montevideo)..... 313
El hipnotismo ante los tribunales argentinos: Informe médico legal, por los doctores Cabred, Gache, Piñero y Fernandez..... 315
Cátedra de patología general; profesor Dr. R. Wernicke: sitio de la enfermedad, temperamento, síntomas, signos, interrogatorio..... 322
El Dr. Julio Fernandez Villanueva..... 332
Reglamento del concurso del Círculo Médico para el año 1891 333
Variedades: accidente producido por el bromuro de etilo.... 335
» Accion patógena de la saliva..... 336
» Influencia de los anestésicos sobre las impresiones sexuales en la mujer..... 337
Conferencia del Dr. R. Wernicke..... 338
El Dr. Juan B. Justo..... 338
Formulario: La styrona contra las otitis medias supuradas 338
Cirujía conservadora: fractura doble, expuesta, y contusion de tercer grado del tercio medio de la pierna; necrosis de la tibia; conservacion del miembro; injertos dermo-epidérmicos y de periostio, por el Dr. Alejandro Castro.. 339
Obstetricia: parto gemelar, version espontánea de un feto, inversion del otro durante el trabajo, por Carlos A. Vera. 343
Tenia nana, por Otto Wernicke..... 349
Empiema del sinus maxilar derecho. Trepanacion del sinus. Curacion. Por el Dr. Fernando Perez..... 351
Clínica del Dr. Pirovano: La cirujía de guerra, por Diógenes Decoud..... 353

Página

Cátedra de patología general, profesor Dr. R. Wernicke: Evolucion y terminacion de la enfermedad..... 358
Revista de la prensa extranjera, por F. A. J.—Hematozoarios de la influenza..... 367
Id id id Uso de la antipirina en las enfermedades cutáneas 368
» » » Las hemoptisis repetidas como signo precursor de la nefritis intersticial..... 368
» » » Del tratamiento de la difteria..... 369
» » » Tratamiento de los chancros blandos por la creolina..... 370
» » » Cura radical de las hernias segun el procedimiento de Mac-Ewan..... 370
» » » Tratamiento del espasmo de la glotis por la excitacion de la pituitaria..... 371
Reglamento para el concurso del Círculo Médico en el año 1891 372
Necrología: El Dr. Alberto Ugarteche..... 374
Formulario: Hiperidrosis de las manos..... 374
» El Butylcloral en las neuralgias del trigénimo.. 374
» Contra la erisipela..... 374
Clínica quirúrgica: Fractura expuesta de los huesos del antebrazo. Panoftalmia; enucleacion. Onixis bilateral. Herida cerebral por arma de fuego; trepanacion. Fímosis congenital; circuncision. Por el Dr. Luis C. Maglioni.... 375
Agenesia renal unilateral, por Nicolás D. Repetto..... 381
Obstetricia: Presentacion de cara en M. I. D. P. con procidencia del brazo izquierdo. Operacion. Curacion. Por Cárlos A. Vera..... 385
Cátedra de patología general; profesor Dr. R. Wernicke: Protozoarios patógenos..... 391
El cloralamido (traduccion del Sr. Diego Gibson)..... 402
Bibliografia: Las causas de la diftéria, por Diego T. R. Davison..... 406
Reglamento para el concurso del Círculo Médico Argentino en 1891..... 408
Variedades: Organizacion de los consultorios..... 411
» Reformas del reglamento..... 411
Necrología: Rómulo Marcenaro.—Dr. Ricardo Carreras.... 412
Formulario: Amigdalitis aguda..... 412
» Perturbaciones intestinales de la fiebre tifoidea 412
» Pomadas contra el eczema y el acné..... 413
» Mixtura contra la neumonía de los alcoholistas 414

Página

Formulario: empleo local de la cocaina sin peligro de intoxicacion 414
Tratamiento de la fiebre tifoidea por el naftol, por el Dr. Julio Mendez 415
La ginecología moderna: El libro del Dr. Pozzi, por el Dr. Samuel Gache 432
Exámen de nodrizas, por el Dr. R. Wernicke 436
Clínica quirúrgica: Del curetaje uterino en la retencion de las membranas, por el Dr. Luis C. Maglioni 444
Terapéutica: Nuevos hipnóticos. El metilal y el hitrato de amilo, por Regnier (traduccion) 447
Cuadro clínico presentado á la Academia de París, por el Dr. Francisco Cobos 451
Reglamento para el concurso del Círculo Médico Argentino en 1891 452
Variedades: muerte producida por la cocaina 455
Medio de impedir el moho 456
Modo de limpiar las jeringas 456
Formulario: Bócio exoftálmico 456
Vómitos incoercibles de la preñez 457
Costras y fisuras de las narices 457
Fetidez de la boca 457
Pomadas refrescantes de Unna 457
La styrona en las otitis medias supuradas 458
Ingerto dentario, por el Dr. Nicasio Etchepareborda 461
Laparotomía por pio salpingitis (?). Flemon del ligamento ancho. Curacion por primera intencion, por el Dr. Alejandro Castro 473
Congreso médico argentino, por el Dr. Roman Pacheco 477
Sobre el tratamiento de la difteria, por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra 481
Nuevos medicamentos. El bromol 486
» » El cresalol 487
» » La espermina 487
Reglamento para el concurso del Círculo Médico Argentino en 1891 488
El descubrimiento de Koch: tratamiento de la tuberculosis. 491
Declaracion á propósito de un caso de obstetricia, por Cárlos A. Vera 492
Variedades: el Dr. Alejandro E. Amoretti 493

Página

Formulario: mixtura contra la anuria de la nefritis escarlatinosa..... 494
» contra la sarna..... 494
Vegetaciones de los órganos genitales externos..... 494
Neurastenia sexual..... 494 y 495
Solucion de alcanfor para la inyeccion hipodérmica..... 496
Amigdalitis aguda..... 496
Necrología..... 496
Miembros del Círculo Médico Argentino..... 497
Indice cronológico del tomo XIII de los «Anales del Círculo Médico Argentino»..... 502
Indice alfabético del tomo XIII de los «Anales del C. M. A.». 509

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

Página

Antifebrina, por el Dr. Justiniano Ledesma..... 7
Ataxia hereditaria de Friedreich, por el Dr. Roman Pacheco 18
Amarilla (fiebre), por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra (de Nueva York)..... 37
Aguirre Suarez Antonio (doctor)..... 90
Angioma de la lengua, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 104
Antisepsia de la boca (traduccion)..... 149
Aristol (el)..... 153
Amigdalitis infecciosas..... 155
Ausencia congénita de la vajina, por el Dr. Samuel Gache... 221
Accion terapéutica del sulfonal, por el Dr. Martin M. Moyano 274
Artritis blenorrágica: su tratamiento por la fenacetina á alta dosis..... 282

Página

Accion de las preparaciones de kola..... 283
Aristol contra el osena verdadero y sifilítico..... 290
Auditivo externo, (forúnculo del conducto)..... 290
Accion del mio-mio sobre el corazon de la rana, por el Dr. Juan B. Señorans..... 291
Aneurismas externos, (clínica del Dr. Pirovano) por Pascual Palma..... 294
Aneurisma aórtica: su tratamiento, por Diego T. R. Davison..... 298
Anormal, (escarlatina) por el Dr. J. Dartayet..... 305
Accidente producido por el bromuro de etilo..... 335
Accion patógena de la saliva..... 335
Anestésicos: su influencia sobre las impresiones sexuales de la mujer..... 337
Agenesia renal unilateral, por Nicolás D. Repetto..... 381
Amigdalitis aguda..... 412
Acné (pomada contra el)..... 413
Alcoholistas (mixtura contra la neumonía de los)..... 414
Amilo (hidrato de)..... 447
Amoretti Alejandro E. (Dr.)..... 493
Anales de la Asistencia Pública..... 496

B

Bardi Justo..... 22
Baños del Rosario de la Frontera, por el Dr. Eliseo Canton. 23
Bibliografia: breves consideraciones higiénicas sobre la ciudad de Mendoza, por el Dr. José A. Salas..... 46
Bibliografia: revista general de ciencias médicas (Berlin)... 121
Boca (la antisepsia de la), traduccion..... 149
Bibliografia—La medicina moderna; diario de terapéutica, cirujía, obstetricia y farmacología (París)..... 152
Blefaroplastía: proceder del Dr. Lagleize, por el Dr. Francisco C. Barraza..... 225
Bóveda del cráneo (reseccion temporaria y parcial de la), por el Dr. Juan B. Justo..... 270
Blenorrágico (reumatismo) su tratamiento por la fenacetina á alta dosis..... 282
Beri-beri (etiología del)..... 313
Bromuro de etilo, (accidente producido por el)..... 335

Página

Blando (el chancro) y la creolina..... 370
Butylcloral en las neuralgias del trigémino..... 374
Bilateral (onixis), por el Dr. Luis C. Maglioni..... 375
Brazo izquierdo, (procidencia del) en una presentacion de cara en M. I. D. P., por Carlos A. Vera..... 385
Bibliografia: las causas de la difteria, por Diego T. R. Davison..... 406
Bócio exoftálmico..... 456
Bromol (el)..... 486
Biscayart (el Dr. Pedro)..... 496

C

Clínica del Dr. Pirovano: Ligadura de la ilíaca primitiva, por Diógenes Decoud..... 34
» » » Laparotomía por extrangulamiento interno, por Diógenes Decoud... 194
» » » Aneurismas externos, por Pascual Palma..... 294
» » » Cirujía de guerra, por Diógenes Decoud..... 353
Contribucion al diagnóstico de la fiebre amarilla, por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra (de Nueva York).... .. 37
Coriza, su tratamiento..... 51
Clínica quirúrgica del Dr. Maglioni..... 104, 129, 198, 375, 444
Cocaina—sobre los peligros de la—por Dufournier (traduccion)..... 114
Clorhidrato de orexina..... 120
Corradi (Ricardo L.)..... 122
Catarros crónicos de la vejiga..... 124
Clínica infantil: infeccion palúdica aguda por M. Aberastury. 133
Cátedra de patología general: profesor Dr. R. Wernicke, 140, 205, 231, 322, 358, 391
Cuatro palabras sobre hemicránea oftálmica, por el Dr. Roman Pacheco..... 148
Creosota (píldoras de)..... 155
Cirujía cerebral. Epilepsia: trepanacion; por el Dr. Luis C. Maglioni..... 198
Cardiaco (hidropesía de orígen)..... 217
Conversaciones científicas..... 287

Página

Conducto auditivo externo (fornúnculo del)..... 290
Congénita (ectopía renal), por J. M. Cullen..... 305
Conferencia del Dr. R. Wernicke..... 338
Cirujía conservadora, por el Dr. Alejandro Castro. 339
Cirujía de guerra, por Diógenes Decoud..... 353
Cutáneas (las enfermedades) tratadas por la antipirina..... 368
Creolina (la) en los chancros blandos..... 370
Cura radical de las hernias, segun el procedimiento de Mac-Ewan..... 370
Circuncision, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 375
Cloralamido (traduccion del señor Diego Gibson)..... 402
Causas de la difteria, por Diego T. R. Davison 406
Carreras Ricardo (Dr.)..... 412
Cocaina: su empleo sin peligro de intoxicacion..... 414
Curetaje uterino en la retencion de las membranas, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 444
Cuadro clínico del Dr. Francisco Cobos, presentado por el profesor Peter á la Academia de Medicina de París..... 451
Cocaina (muerte producida por la)..... 455
Costras y fisuras de las narices..... 457
Congreso médico argentino, por el Dr. Roman Pacheco..... 477
Cresalol..... 487
Catalan (el Dr. Pedro)..... 496

CH

Chancro sifilítico de la trompa de Eustaquio, por Benjamin T. Solari..... 227
Chancro blando: su tratamiento..... 283
Chancro blando (el) y la creolina..... 370

D

Diagnóstico de la fiebre amarilla, por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra..... 37
Damaschino (el profesor)..... 50
Dentrífico antiséptico á la sacarina..... 51
Dilatacion del estómago. 91

Página

Doble personalidad, por el Dr. Roman Pacheco..... 111
Dismenorrea, (supositorios contra la)..... 150
De la Torre, Rodriguez W. (El Dr.)..... 123
Discursos de los Dres. Quiroga, Gache y Escalante sobre el Dr. Rawson..... 157
Diafragmática (hernia) por el Dr. Julio Mendez..... 264
Desarrollo exagerado de los órganos genitales en una criatura de 18 meses, por F. A. J..... 281
Disenteria..... 290
Denticion (eczema de la)..... 291
Dermo-epidérmicos (ingertos), por el Dr. Alejandro Castro.. 339
Difteria (tratamiento de la)..... 369
Difteria (las causas de la), por Diego T. R. Davison..... 406
Dentario (ingerto), por el Dr. Nicasio Etchepareborda..... 461
Difteria (sobre su tratamiento) por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra..... 481
Descubrimiento de Koch (el): tratamiento de la tuberculosis. 491

E

Estadística operatoria y observaciones de la seccion de cirujía del hospital de crónicos, por el Dr. Juan B. Justo.... 57
Exploracion quirúrgica del riñon, por el Dr. Fernando Perez. 73
Enfermedad (la) reinante en Europa, por Enrique Tornú... 85
Exalgina (la)..... 91
Estómago (dilatacion)..... 91
Erisipela..... 123
Enormes tumores fibro-plásticos de la cabeza: estirpacion en dos sesiones, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 129
Elogio del Dr. Rawson en el teatro Onrubia: discurso de los Dres. Quiroga, Gache y Escalante..... 157
Estrangulamiento interno: (laparotomía por el Dr. Pirovano) por Diógenes Decoud..... 194
Epilepsia: trepanacion, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 198
Elecciones del Círculo Médico..... 287
Eczema de la denticion..... 291
Enfermedades de la piel (el thiol en las)..... 291
Externos (aneurismas), por P. Palma..... 294
Escarlatina anormal (de la): á propósito de tres casos observados en la misma familia, por el Dr. J. Dartayet..... 305

Página

Ectopia renal congénita, por J. M. Cullen..... 309
Etiología del beri-beri..... 313
Espontánea (version), por Cárlos A. Vera..... 343
Empiema del sinus maxilar derecho: trepanacion del sinus, curacion, por el Dr. Fernando Perez..... 351
Evolucion y terminacion de la enfermedad, por el profesor Dr. R. Wernicke..... 358
Enfermedades cutáneas (uso de la antipirina en las)..... 367
Espasmo de la glotis: su tratamiento por la excitacion de la pituitaria..... 371
Erisipela..... 374
Eczema (pomada contra el)..... 413
Empleo local de la cocaina sin peligro de intoxicacion..... 415
Exámen de nodrizas, por el Dr. R. Wernicke..... 436
Exoftálmico (bócio)..... 456
Espermina..... 487

F

Filtro Medina, por el Dr. Samuel Gache..... 2
Farmacopea internacional, por el Dr. Juan José Diaz..... 16
Friedreich, (ataxia hereditaria de) por el Dr. Roman Pacheco 18
Fiebre amarilla, por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra 37
Formulario.....50, 91, 123, 155, 217, 290, 338, 374, 412, 456, 494
Febrífuga (medicacion) por el Dr. Justiniano Ledesma..... 242
Fenacetina (la) en el reumatismo articular agudo y en la artritis blenorrágica..... 282
Forúnculo del conducto auditivo externo..... 290
Fernandez Villanueva, (el Dr. Julio)..... 332
Fractura doble, expuesta y contusion de tercer grado del tercio medio de la pierna. Necrosis de la tibia. Conservacion del miembro. Ingertos dermo-epidérmicos y de periostio, por el Dr. Alejandro Castro..... 339
Fractura expuesta de los huesos del antebrazo, por el doctor Luis C. Maglioni..... 375
Fímosis congenital: circuncision, por el Dr. Luis C. Maglioni 375
Fiebre tifoidea (perturbaciones intestinales de la)..... 412
Fiebre tifoidea: su tratamiento por el naftol, por el doctor Julio Mendez..... 415

Página

Fetidez de la boca..... 457
Fisuras de las narices..... 457

G

Genta (Domingo)..... 50
Grietas de las manos..... 124
Ginecología operatoria: ausencia congénita de vagina. Utero rudimentario. Integridad de los anexos. Operacion autoplástica. Resultado; por el Dr. Samuel Gache..... 221
Guaco (sobre el efecto del)..... 283
Glosodinia (la)..... 285
Guerra (la cirugía de), por Diógenes Decoud..... 353
Ginecología moderna (la): el libro del Dr. Pozzi, por el Dr. Samuel Gache..... 432

H

Higiene pública—El filtro Medina, por el Dr. Samuel Gache. 2
Higiénicas (consideraciones sobre la ciudad de Mendoza) por el Dr. José A. Salas..... 46
Hemoptisis, (píldoras contra las)..... 51
Herpes tonsurante (tratamiento)..... 52
Hospital de la Concepcion del Uruguay: quiste multilobular del ovario: ovariotamia—curacion, por el Dr. Francisco Quesada..... 81
Honores al Dr. Rawson..... 89
Hospital de clínicas. Servicio del Dr. Abel Ayerza. Consultorio de laringología, otología y rinologia, atendido por el Dr. Fernando Perez..... 118
Hemorroides (pomada contra las)..... 124
Hospital de clínicas. Localizaciones cerebrales. Tumor cerebral. Trepanacion. Quiste hidatídico del ventrículo izquierdo. Muerte por meningitis de la base, por el Dr. Alejandro Castro..... 125
Hemicránea oftálmica por el Dr. Roman Pacheco..... 148
Hipnal (el)..... 154
Herencia en patología (la), por el Dr. R. Wernicke..... 205

Página

Hidropesia de orígen cardiaco..... 217
Hernia diafragmatica, por el Dr. Julio Mendez..... ... 264
Hemicránea paralítica, por el Dr. Roman Pacheco..... 279
Hígado (quiste hidatídico pediculado)..... 283
Hidrofobia..... 286
Hipnotismo (el) ante los tribunales argentinos. Informe médico legal de los Dres. Cabred, Gache, Piñero y Fernandez..... 315
Hematozoarios de la influenza 367
Hemoptisis repetidas como signo precursor de la nefritis intersticial..... 368
Hernias (cura radical de las), segun el procedimiento de Mac-Ewan)..... 370
Hiperidrosis de las manos..... 374
Herida cerebral por arma de fuego. Trepanacion, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 375
Hipnóticos (nuevos): el metilal y el hidrato de amilo..... 447
Hidrato de amilo..... 447

I

Influenza (tratamiento de la), por el Dr. Henri Huchard.... 43-50
Influenza, por el Dr. Roberto Wernicke..... 93
Insuflaciones contra el oxena..... 124
Infeccion palúdica aguda, por M. Aberastury..... 133
Introduccion al curso de patología general, por el profesor Dr. Roberto Wernicke..... 140
Infecciosas (amigdalitis)..... 155
Incoercibles (vómitos)..... 155
Inyecciones vaginales de naftol..... 156
Inyeccion contra el oxena..... 217
Informe médico-legal de los Dres. Cabred, Gache, Piñero y Fernandez, sobre un caso de hipnotismo..... 315
Interrogatorio, por el Dr. R. Wernicke..... 322
Influencia de los anestésicos sobre las impresiones sexuales de la mujer 337
Ingertos dermo-epidérmicos y de periostio, por el Dr. Alejandro Castro..... 339
Inversion de un feto durante el trabajo en un parto gemelar, por Cárlos A. Vera..... 343

Página

Influenza (hematozoarios de la)..... 367
Intestinales (perturbaciones) en la fiebre tifoidea..... 412
Incoercibles (vómitos de la preñez)..... 457
Ingerto dentario, por el Dr. Nicasio Etchepareborda..... 461

J

Justo, (el Dr. Juan B)..... 338
Jeringas; medio de limpiarlas..... 456

K

Koch—su descubrimiento: tratamiento de la tuberculosis... 491

L

Ligadura de la ilíaca primitiva (clínica del Dr. Pirovano) por D. Decoud 34
Lengua (angioma de la) por el Dr. Luis C. Maglioni..... 104
Localizaciones cerebrales, por el Dr. Alejandro Castro..... 125
Laparotomia por estrangulamiento interno (por el Dr. Pirovano) por Diógenes Decoud 194
Laparotomía. Quiste hidatídico pediculado del hígado..... 283
Lysol (el)..... 289
Laparotomía por pio salpingitis, por el Dr. Alejandro Castro. 461

M

Medina (filtro) por el Dr. Samuel Gache..... 2
Mecanismo patógeno (tuberculosis miliar) por el Dr. Silverio Dominguez 13
Mattos (el Dr. Pedro A.)..... 22
Mitre (el Dr. Julio E.)..... 22
Mendoza: breves consideraciones higiénicas, por el Dr. José A. Salas..... 46

Página

Medicamentos nuevos.....120, 153, 289, 486
Medicina moderna: diario de terapéutica, cirugía, obstetricia y formacología (París)..... 152
Medicacion febrífuga por el Dr. Justiniano Ledesma..... 242
Mio-mio: su accion sobre el corazon de la rana, por el Dr. Juan B. Señorans..... 291
Mujer (influencia de los anestésicos sobre las impresiones sexuales de la)..... 337
Manos (hiperidrosis de las)..... 374
Marcenaro Rómulo..... 412
Mixtura contra la neumonía de los alcoholistas..... 414
Moderna (la Ginecología): el libro del Dr. Pozzi, por el Dr. Samuel Gache..... 432
Membranas (retencion de las) y curetaje uterino, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 444
Metilal (el)..... 447
Muerte producida por la cocaina..... 455
Medio de impedir el moho..... 456
Modo de limpiar las jeringas..... 456
Miembros del Círculo Médico Argentino..... 497

N

Nueva redaccion..... 1
Necrología..... 22, 50, 90, 122, 151, 292, 374, 412, 496
Nuevos medicamentos..... 120, 153, 289, 486
Naftol (inyecciones vaginales de)..... 156
Nueva comision directiva del Círculo Médico Argentino.... 219
Nuevos miembros de la asociacion..... 220
Nuevas publicaciones..... 288
Nuez de kola..... 289
Nefritis intersticial: las hemoptisis repetidas como signo precursor de ella..... 368
Neuralgias del trigemino y el butilcloral..... 374
Neumonia de los alcoholistas (mixtura contra la)..... 414
Naftol: (tratamiento de la fiebre tifoidea por el) por el Dr. Julio Mendez..... 415
Nodrizas (exámen de) por el Dr. R. Wernicke..... 436
Nuevos hipnóticos: (el metilal y el hidrato de amilo)..... 447
Narices (costras y fisuras de las)..... 457

O

Página

Ovariotomía. Quiste multilobular del ovario, por el Dr. Francisco Quesada 81
Orexina (el clorhidrato de) 120
Osena (insuflaciones contra el) 124
Osena (inyecciones contra el) 217
Oxiuros vermiculares 155
Operatoria (ginecología). Ausencia congénita de vagina. Utero rudimentario. Integridad de los anexos. Operacion. Resultado; por el Dr. Samuel Gache 221
Osena verdadero y sifilítico: su tratamiento por el aristol ... 290
Obstetricia. Parto gemelar. Version espontánea de un feto. Inversion del otro durante el trabajo, por Carlos A. Vera. 343
Onixis bilateral, por el Dr. Luis C. Maglioni 375
Obstetricia. Presentacion de cara en M. I. D. P. con procidencia del brazo izquierdo. Operacion. Curacion, por Carlos A. Vera 385
Organizacion de los consultorios 411
Otitis medias supuradas (la styrona en las) 458

P

Parodi (el Dr. Domingo) 22
Primeros datos estadísticos obtenidos en el establecimiento balneario del Rosario de la frontera, por el Dr. Eliseo Canton 23
Pirovano (clínica del Dr.). Ligadura de la ilíaca primitiva, por D. Decoud 34
Prurito vulvar 50
Píldoras contra las hemóptisis 50
Preñez (vómitos de la) 92
Profiláxia de la tuberculosis, por Enrique Tornú 106
Peligros de la cocaina 114
Paracresotinato de soda 121
Pomada contra las hemorroides 124
Patología general 140

Página

Píldoras de creosota..... 155
Proceder del Dr. Lagleyze en la blefaroplastia, por el doctor Francisco C. Barraza..... 225
Predisposicion, por el profesor Dr. R. Wernicke..... 231
Paralítica (hemicránea) por el Dr. Roman Pacheco..... 279
Porqué se es zurdo y porqué se es derecho..... 285
Publicaciones nuevas..... 288
Pyoctanina (la)..... 289
Piel (enfermedades de la): el thiol en ellas..... 291
Periostio: (ingertos de) por el Dr. Alejandro Castro..... 339
Parto gemelar, por Carlos A. Vera..... 343
Procedimiento de Mac-Ewan para la cura radical de las hernias..... 370
Pituitaria (excitacion de la) como tratamiento del espasmo de la glotis..... 371
Panoftalmia, enucleacion , por el Dr. Luis C. Maglioni..... 375
Presentacion de cara en M. I. D. P. con procidencia del brazo izquierdo. Operacion. Curacion; por Carlos A. Vera..... 385
Protozoarios patógenos, por el Dr. R. Wernicke..... 391
Perturbaciones intestinales de la fiebre tifoidea..... 412
Pomada contra el eczema y el acné..... 413
Pozzi (el libro del Dr.) por el Dr. Samuel Gache..... 432
Preñez (vómitos incoercibles de la)..... 457
Pomadas refrescantes de Unna..... 457
Pio-salpingitis (laparotomía por), por el Dr. Alejandro Castro..... 473

Q

Quirúrgica (exploracion) del riñon, por el doctor Fernando Perez..... 73
Quiste multilobular del ovario, por el Dr. Francisco Quesada 81
Quemaduras..... 92
Quiste hidatídico del ventrículo izquierdo, por el Dr. Alejandro Castro..... 125
Quiste hidatídico pediculado del hígado..... 283

R

Página

Redaccion (nueva)..... 1
Ricord..... 22
Rosario de la Frontera: primeros datos estadísticos del Dr. Eliseo Canton..... 23
Relacion de las obras donadas á la biblioteca del Círculo Médico Argentino en Enero de 1890..... 52
Rawson (el profesor), por el Dr. Samuel Gache..... 55
Rawson (honores al Dr)..... 89
Rawson—Su elogio en el teatro Onrubia. Discursos de los Dres. Quiroga, Gache y Escalante..... 157
Riñon (exploracion quirúrgica del), por el Dr. Fernando Perez. 73
Revista general de ciencias médicas (Berlin)..... 121
Rodriguez de la Torre W. (el Dr.)..... 123
Reseccion temporaria y parcial de la bóveda del cráneo, por el Dr. Juan B. Justo..... 270
Revista de la prensa extranjera.....281, 367
Reumatismo: su tratamiento por la fenacetina á alta dosis.. 282
Renal (ectopía congénita), por J. M. Cullen..... 305
Reglamento del concurso del Círculo Médico Argentino para el año 1891.....333, 372, 408, 452, 488
Renal (agenésia unilateral), por Nicolás D. Repetto..... 381
Reformas al reglamento..... 411
Retencion de membranas y curetaje uterino, por el Dr. Luis C. Maglioni..... 444
Refrescantes (pomadas de Unna)..... 457

S

Suarez Aguirre Antonio (el Dr.)..... 90
Salpetrière (en la). Un caso de doble personalidad, por el Dr. Roman Pacheco..... 111
Supositorios contra la dismenorrea..... 156
Salivar, (tumor) por Julio C. Arraya..... 203
Sobre la herencia en patología, por el profesor Dr. R. Wernicke..... 205

Página

Sobre la reseccion temporaria y parcial de la bóveda del cráneo, por el Dr. Juan B. Justo 270
Sulfonal (accion terapéutica del), por el Dr. Martin N. Moyano 274
Sobre el efecto del guaco 283
Siredey (el Dr.) 292
Sobre la etiología del beri-beri 313
Sitio de la enfermedad: síntomas, por el profesor D. R. Wernicke 322
Saliva, su accion patógena 336
Styrona (la) en las otitis medias supuradas 338, 458
Sinus maxilar derecho (trepanacion del), por el Dr. Fernando Perez 351
Sobre el tratamiento de la difteria, por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra 481

T

Tuberculosis miliar (mecanismo patógeno) por el Dr. Silverio Dominguez 13
Tratamiento de la influenza, por el Dr. Henri Huchard 43 y 50
Tratamiento del coriza 51
Id id herpes tonsurante 52
Tuberculosis (profilaxia de la) por Enrique Tornú 106
Tumor cerebral, por el Dr. Alejandro Castro 125
Trepanacion, por el Dr. Alejandro Castro 125
Trelat (el profesor) 151
Trepanacion, por el Dr. Luis C. Maglioni 198
Tumor salivar, por Julio C. Arraya 203
Tricloracético (el) en las afecciones nasales y faríngeas 218
Trompa de Eustaquio (chancro sifilítico de la) por Benjamin T. Solari 227
Terapéutica: medicacion febrífuga, por el Dr. Justiniano Ledesma 242
Terapeútica (accion) del sulfonal, por el Dr. Martín N. Moyano 274
Tratamiento del reumatismo articular agudo y de la artritis blenorrágica por la fenacetina ó alta dosis 282
Tratamiento del chancro blando 283

Página

Thiol (el) en las enfermedades de la piel..... 291
Toxicologia experimental: Accion del mio-mio sobre el corazon de la rana. Por el Dr. Juan B. Señorans..... 291
Tratamiento de la aneurisma aórtica, por Diego T. R. Davison 298
Temperamento, por el Dr. R. Wernicke..... 322
Tenia nana, por Otto Wernicke..... 349
Trepanacion del sinus maxilar derecho, por el Dr. Fernando Perez..... 351
Terminacion de la enfermedad, por el profesor Dr. R. Wernicke 358
Tratamiento de la difteria..... 369
Id de los chancros blandos por la creolina..... 370
Tratamiento del espasmo de la glotis por la excitacion de la pituitaria 371
Trigemino (neuralgias del) y el butylcloral 374
Trepanacion (por herida cerebral), por el Dr. Luis C. Maglioni..... 375
Tifoidea (fiebre), sus perturbaciones intestinales. 412
Tifoidea (fiebre), su tratamiento por el naftol, por el Dr. Julio Mendez 415
Tratamiento de la difteria, por el Dr. Agustin M. Fernandez de Ibarra..... 481
Tuberculosis: tratamiento de Koch..... 491

U

Ulceraciones nasales de orígen sifilítico..... 91
Ulceraciones dolorosas de la piel..... 218
Un caso de hernia diafragmatica, por el Dr. Julio Mendez... 264
Uso de la antipirina en las enfermedades cutáneas..... 368
Ugarteche (el Dr. Alberto)..... 374
Unna (pomadas refrescantes de)..... 457

V

Página

Vulvar (prurito)..... 50
Volkmann..... 90
Vómitos de la preñez..... 92
Vejiga (catarros crónicos)..... 124
Vermiculares (Oxiuros)..... 155
Vómitos incoercibles..... 155
Vaginales (inyecciones de naftol)..... 156
Vagina (ausencia congénita de la)..... 221
Variedades..... 285, 335, 411, 455, 493
Villanueva Fernandez (el Dr. Julio)..... 332
Version espontánea de un feto en un parto gemelar, por Cárlos A. Vera..... 343
Vómitos incoercibles de la preñez..... 457

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE